

(PAPEL TIMBRADO DA OPERADORA)  
**ANEXO I – Solicitação de Reajuste - RN nº 128/06**

À ANS  
DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS - DIPRO  
SOLICITAÇÃO DE REAJUSTE

A operadora \_\_\_\_\_ (RAZÃO SOCIAL DA OPERADORA), Registro na ANS nº \_\_\_\_\_ (REGISTRO), inscrita sob CNPJ nº \_\_\_\_\_ (CNPJ), vem solicitar à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, autorização para aplicação de reajuste da contraprestação pecuniária para os planos descritos no art. 5º, da RN nº 128/06 de \_\_\_\_\_%, no período compreendido entre os meses \_\_\_\_\_ (MÊS/ANO) e \_\_\_\_\_ (MÊS/ANO).

Conforme o informado no Sistema de Informações de Beneficiários – SIB da ANS, três meses antes da solicitação de reajuste nos moldes da RN nº 128/06, esta operadora possui o total de \_\_\_\_\_ (nº DE BENEFICIÁRIOS TOTAL) beneficiários, sendo que \_\_\_\_\_ (nº DE BENEFICIÁRIOS EM CONTRATOS INDIVIDUAL/FAMILIAR) beneficiários em contratos individuais e familiares e \_\_\_\_\_ (nº DE BENEFICIÁRIOS COLETIVO) beneficiários em planos coletivos.

Caso a operadora seja autogestão não patrocinada, substituir o parágrafo anterior pelo parágrafo abaixo.

Conforme o informado no Sistema de Informações de Beneficiários – SIB da ANS, três meses antes da solicitação de reajuste nos moldes da RN nº 128/06, esta operadora possui o total de \_\_\_\_\_ (nº DE BENEFICIÁRIOS TOTAL) beneficiários, sendo que \_\_\_\_\_ (nº DE BENEFICIÁRIOS EM PLANOS COM PATROCINADOR) beneficiários em planos com patrocinador e \_\_\_\_\_ (nº DE BENEFICIÁRIOS EM PLANOS SEM PATROCINADOR) beneficiários em planos sem patrocinador.

Declaro ainda que a Taxa por Pedido de Reajuste de Contraprestação Pecuniária (TRC) foi recolhida através da Guia de Recolhimento da União – GRU, nº \_\_\_\_\_, nos moldes do inciso II do art. 6º.

Seguem, em anexo, os documentos abaixo relacionados:

1. Termo de responsabilidade assinado pelo representante legal e pelo contador da operadora no qual é atestado que todas as informações relativas aos anexos são verdadeiras;
2. Parecer de auditoria assinado por auditor independente em cumprimento ao disposto no art. 6º, inciso I, alínea "c", da RN nº 128/06.

**(Cidade), (Data)**

Assinatura do responsável legal da Operadora  
Nome do Responsável Legal da Operadora perante a ANS  
(Cargo)

(PAPEL TIMBRADO DA OPERADORA)

**ANEXO II – Termo de Responsabilidade – RN nº 128/06**

À ANS  
DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS – DIPRO

TERMO DE RESPONSABILIDADE

A operadora \_\_\_\_\_ (*RAZÃO SOCIAL DA OPERADORA*) \_\_\_\_\_, Registro na ANS nº \_\_\_\_\_ (*REGISTRO*) \_\_\_\_\_, inscrita sob CNPJ nº \_\_\_\_\_ (*CNPJ*) \_\_\_\_\_, declara serem verdadeiras todas as informações relativas aos anexos descritos no inciso “1” e § 1º, do art. 6º da RN nº 128/06 conforme enquadramento da operadora, e assume a responsabilidade pelos dados e por eventuais incorreções que comprometam a autorização do Reajuste em tempo hábil.

Assinam conjuntamente a presente Declaração o responsável legal da operadora perante a ANS e o profissional responsável pela contabilidade da operadora.

(*Cidade*), (*Data*)

**Assinatura**

Nome do Responsável Legal da Operadora  
perante a ANS  
(Cargo)

**Assinatura**

Nome do Contador da  
Operadora  
(nº Registro CRC/CVM)

## **ANEXO III**

### **Informações a serem auditadas com base no SIP**

As informações de que trata este anexo deverão ser prestadas por tipo de plano, observadas as definições estabelecidas no Sistema de Informações de Produtos – SIP.

Nas situações descritas nos itens 1 e 2 deste anexo, deverá ser informado o total de despesa não assistencial, cujo valor será igual ao total da despesa não assistencial da operadora, informada no anexo I do SIP, desde que os períodos sejam coincidentes.

As operadoras, cujos planos apresentem uma ou algumas das segmentações referência, ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia, com ou sem cobertura odontológica, e, conforme o previsto nos incisos I a IV do art. 12 da Lei n.º 9.656/98, que obtiveram autorização de reajuste pela RN nº 99/05 e, portanto tiveram os dois períodos de análise auditados, poderão quando da solicitação de reajuste pela RN nº 128/06, manter os dados referente ao "período anterior" no formato exigido pela RN nº 99/05, caso o período seja consecutivo. O parecer acerca dos dados do "período atual" deverá ser referente ao modelo definido neste anexo.

As operadoras, cujos planos apresentem uma ou algumas das segmentações referência, ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia, com ou sem cobertura odontológica, e, conforme o previsto nos incisos I a IV do art. 12 da Lei n.º 9.656/98, que não obtiveram autorização de reajuste pela RN nº 99/05, deverão auditar seus dados referentes aos períodos anterior e atual conforme os modelos definidos neste anexo.

Por exemplo, caso a operadora tenha obtido autorização de reajuste pela RN nº 99/05, e os anexos tenham que ser elaborados nos períodos de análise de março de 2004 a fevereiro de 2005 (anterior) e março de 2005 a fevereiro de 2006 (atual), para o período atual, deverá preencher o anexo referente ao item 1, estando dispensada de elaborar o período anterior nos moldes do itens 1 e 2, abaixo.

Neste exemplo, caso a operadora não tenha obtido autorização de reajuste pela RN nº 99/05; para o período atual, deverá preencher o anexo referente ao item 1 e para o período anterior, deverão ser preenchidos dois quadros:

- a) para o período entre mar/04 e dez/04 preencher o anexo referente ao item 2, observando o seu porte;
- b) para o período entre jan/05 e fev/05 preencher o anexo referente ao item 1.

1. Modelo a ser preenchido com informações a partir de janeiro de 2005, guardando similaridade com a Resolução do Sistema de Informações de Produtos – SIP, RN nº 96/05 e diferenciando-se desta nos itens 1.2 Exames Complementares e 1.3 Terapias, que se apresentam na forma totalizada nesta Resolução de reajuste e discriminados em sub itens na referida RN do SIP.

Anexo a ser preenchido por todas as operadoras e todos os portes para cada tipo de plano (individual e familiar, coletivo sem patrocinador e coletivo com patrocinador).

Total da despesa não assistencial da Operadora: \_\_\_\_\_

1. Item de despesa	2. Nº de Expostos	3. Nº de Eventos	4. Total de Despesa	5. Partic. Benef. Em eventos Indenizáveis: Co-participação	6. Recuperação de eventos Indenizáveis: Seguros
1.1 Consultas médicas					
1.2 Exames complementares					
1.3 Terapias					
1.4 Outros atendimentos ambulatoriais					
1.5 Internações					
1.6 Consultas Odontológicas iniciais					
1.7 Exames odontológicos complementares					
1.8 Procedimentos odontológicos preventivos					
1.9 Procedimentos de periodontia					
1.10 Procedimentos de dentística					
1.11 Procedimentos de cirurgia odontológica ambulatorial					
1.12 Exodontias					
1.13 Procedimentos de endodontia					
1.14 Outros procedimentos odontológicos					
1.15 Demais despesas assistenciais					

2. Modelo a ser preenchido com informações de janeiro a dezembro de 2004, guardando similaridade com a Resolução do Sistema de Informações de Produtos – SIP, RN nº 61/03 e diferenciando-se desta no item (a) 4.7 Internações e no item (b) 4.5 Internações, que se apresentam na forma totalizada nesta Resolução de reajuste e discriminadas em sub itens na referida RN.

a) Para Operadoras com mais de 100.000 Beneficiários que operam planos de assistência médico-hospitalar com ou sem assistência odontológica para cada tipo de plano (individual e familiar, coletivo sem patrocinador e coletivo com patrocinador).

Total da despesa não assistencial da Operadora: \_\_\_\_\_

4. Item de despesa	5. Nº de expostos	6. Nº de eventos	7. Total de despesa	8. Participação dos beneficiários em eventos indenizáveis: co-participação	9. Recuperação de eventos indenizáveis: seguros
4.1 Consultas médicas					
4.2 Exames complementares – grupo 1					
4.3 Exames complementares – grupo 2					
4.4 Terapias – grupo 1					
4.5 Terapias – grupo 2					
4.6 Outros Atendimentos Ambulatoriais					
4.7 Internações					
4.8 Consultas odontológicas					
4.9 Exames Odontológicos Complementares					
4.10 Procedimentos de periodontia					
4.11 Procedimentos odontológicos preventivos					
4.12 Procedimentos de dentística					
4.13 Procedimentos de cirurgia odontológica Ambulatorial					
4.14 Procedimentos de endodontia					
4.15 Outros procedimentos odontológicos					
4.16 Demais Despesas Assistenciais					

b) Para Operadoras com até 100.000 Beneficiários que operam planos de assistência médico-hospitalar com ou sem assistência odontológica para cada tipo de plano (individual e familiar, coletivo sem patrocinador e coletivo com patrocinador).

Total da despesa não assistencial da Operadora: \_\_\_\_\_

4. Item de despesa	5. Nº de expostos	6. Nº de eventos	7. Total de despesa	8. Participação dos beneficiários em eventos indenizáveis: co-participação	9. Recuperação de eventos indenizáveis: seguros
4.1 Consultas médicas					
4.2 Exames complementares					
4.3 Terapias					
4.4 Outros Atendimentos Ambulatoriais					
4.5 Internações					
4.6 Consultas odontológicas					
4.7 Exames Odontológicos Complementares					
4.8 Procedimentos odontológicos preventivos					
4.9 Outros procedimentos odontológicos					
4.10 Demais despesas assistenciais					