

ANEXO I IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA OPERADORA

Para todas as operadoras

1. Registro ANS: _____	2. Razão/Denominação Social: _____
3. Período: _____	
4. Tipo de plano:	
4.1 () Individual e familiar 4.2 () Coletivo sem patrocinador	
4.3 () Coletivo com patrocinador	
5. Despesas não assistenciais: _____	

1. Registro ANS: Número de 6 dígitos que identifica o registro da operadora junto à ANS.

2. Razão/Denominação Social: Razão ou denominação social da operadora, sem abreviaturas.

3. Período: Identificação do trimestre e do ano das informações. São registrados por competência contábil e considerados os seguintes meses:

1º trimestre – meses de janeiro a março;

2º trimestre – meses de abril a junho;

3º trimestre – meses de julho a setembro;

4º trimestre – meses de outubro a dezembro.

4. Tipo de plano:

4.1. Individual e familiar: Contratado por pessoas físicas. A contraprestação pecuniária é integralmente paga pelo beneficiário.

4.2. Coletivo sem patrocinador: Contratado por pessoa jurídica. A contraprestação pecuniária é integralmente paga pelo beneficiário diretamente à operadora.

4.3. Coletivo com patrocinador: Contratado por pessoa jurídica. A contraprestação pecuniária é total ou parcialmente paga pela pessoa jurídica contratante à operadora.

5. Despesas não assistenciais: Valor total, expresso em real, das despesas não assistenciais relacionadas à operação de planos de assistência médico-hospitalar e/ou odontológica.

Para o item “Despesas não assistenciais”, devem ser consideradas as seguintes contas, constantes do Plano de Contas Padrão definido pela ANS:

ITENS DE DESPESA	CONTA
(+) Despesas de Comercialização	Grupo 43
(+) Despesas Administrativas	Grupo 46
(+) Outras Despesas Operacionais com Planos	Subgrupo 441

ANEXO II

Para todas as operadoras – por tipo de plano e relativo aos expostos (Beneficiários expostos - BE e Expostos Não Beneficiários - ENB)

1. Item de despesa	2. N.º de Expostos	3. N.º de Eventos	4. Total de Despesa	5. Partic. Benef. em Eventos Indenizáveis: Co-participação	6. Recuperação de Despesas com Eventos/Sinistros Indenizáveis – Seguros
1.1 Consultas médicas					
1.2 Exames					
1.2.1 Exames Grupo 1					
1.2.1.1 Angiografia					
1.2.1.2 Hemodinâmica					
1.2.1.3 Ressonância nuclear magnética					
1.2.1.4 Tomografia computadorizada					
1.2.2 Exames Grupo 2					
1.3 Terapias					
1.3.1 Terapias Grupo 1					
1.3.1.1 Hemoterapia					
1.3.1.2 Litotripsia extracorpórea					
1.3.1.3 Quimioterapia					
1.3.1.4 Radiologia intervencionista					
1.3.1.5 Radioterapia					
1.3.1.6 Terapia renal substitutiva					
1.3.2 Terapias Grupo 2					
1.4 Internações e outros atendimentos hospitalares					
1.4.1 Atendimento hospitalar menor do que 24 horas					
1.4.2 Atendimento hospitalar igual ou maior do que 24 horas					
1.5 Outros atendimentos ambulatoriais					
1.6 Demais despesas médico-hospitalares					
1.7 Consultas odontológicas iniciais					
1.8 Exames odontológicos complementares					
1.9 Outros procedimentos odontológicos					
1.9.1 Procedimentos preventivos					
1.9.2 Periodontia					
1.9.3 Dentística					
1.9.4 Cirurgia odontológica					
1.9.5 Exodontia					
1.9.6 Endodontia					
1.9.7 Outros procedimentos					
1.10 Demais despesas odontológicas					

Item de despesa: Todas as despesas assistenciais devem estar incluídas nos diversos itens deste anexo, segundo sua natureza, independente de serem decorrentes de procedimentos constantes no rol. Caso a operadora negocie o pagamento de suas despesas assistenciais com os prestadores de serviço, por valores pré-estabelecidos sob a forma de “pacotes de procedimentos” ou por “capitação” estas devem ser desagregadas para serem informadas nos itens específicos estabelecidos neste anexo.

Capitação: Modalidade de pagamento em que a operadora paga um valor 'per capita' pela assistência à saúde a um conjunto de beneficiários, independente da prestação do serviço.

Pacotes de procedimentos: Modalidade de pagamento em que a operadora, na ocorrência de um evento, paga um valor pela prestação de um conjunto de procedimentos ou serviços, independente de estarem discriminados na fatura do atendimento.

Os itens de despesa devem ser informados de acordo com as descrições definidas abaixo:

1.1. Consultas médicas: Atendimentos prestados por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina, com fins de diagnóstico e orientação terapêutica, em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência, em que a despesa seja restrita ao ato da consulta.

1.2. Exames: Métodos de auxílio diagnóstico utilizados para complementar a avaliação do estado de saúde.

1.2.1. Exames Grupo 1: Métodos de auxílio diagnóstico por angiografia, hemodinâmica, ressonância nuclear magnética e tomografia computadorizada, realizados em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência, incluindo honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas.

1.2.2. Exames Grupo 2: Métodos de auxílio diagnóstico não incluídos no item de despesa Exames Grupo 1, realizados em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência, incluindo honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas.

1.3. Terapias: Atendimentos a pacientes utilizando métodos para tratar determinada doença ou condição de saúde.

1.3.1. Terapias Grupo 1: Atendimentos a pacientes utilizando os métodos de tratamento com hemoterapia, litotripsia extracorpórea, quimioterapia, radiologia intervencionista, radioterapia e terapia renal substitutiva, realizados em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência, incluindo honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas.

1.3.2. Terapias Grupo 2: Atendimentos a pacientes utilizando métodos de tratamento com terapias não incluídas no item de despesa Terapias – grupo 1, realizados em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência, incluindo honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas.

1.4. Internações e outros atendimentos hospitalares: Atendimentos prestados a paciente admitido para ocupar leito hospitalar em enfermaria, quarto, ou unidades de curta permanência, terapia intensiva ou semi-intensiva.

Para apurar o “Total de despesa” devem ser consideradas as despesas com hotelaria, honorários profissionais, medicamentos, materiais, taxas, terapias e exames, conforme a especificidade da execução do item.

1.4.1. Atendimento hospitalar menor do que 24 horas: Atendimentos clínicos e cirúrgicos realizados em regime hospitalar, cujo período de permanência é menor do que 24 horas.

1.4.2. Atendimento hospitalar igual ou maior do que 24 horas: Atendimentos clínicos e cirúrgicos realizados em regime hospitalar, cujo período de permanência é igual ou maior do que 24 horas, caracterizando uma internação de acordo com a definição do Ministério da Saúde.

1.5. Outros atendimentos ambulatoriais: Atendimentos com procedimentos (exceto consultas médicas, exames e terapias) realizados em regime ambulatorial de caráter eletivo, urgência ou emergência, incluindo honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas. Inclui as consultas realizadas por profissionais da saúde de nível superior.

1.6. Demais despesas médico-hospitalares: Despesas assistenciais médico-hospitalares, acessórias aos atendimentos de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação do paciente, incluindo despesas não classificáveis nos demais itens desta Resolução, menos os descontos obtidos no pagamento de eventos. Incluem as atividades coletivas, aluguel de cadeiras de rodas, remoção de paciente, campanha de vacinação, palestras, assistência farmacêutica.

1.7. Consultas odontológicas iniciais: Atendimentos com consultas odontológicas destinadas ao exame e diagnóstico para a elaboração do plano de tratamento, incluindo anamnese, preenchimento de ficha clínica odontológica, diagnóstico das doenças e anomalias bucais do paciente e prognóstico. Neste item não devem ser informadas as consultas de caráter emergencial ou pericial, a serem lançadas no item 1.9.7 “Outros Procedimentos”.

1.8. Exames odontológicos complementares: Métodos de auxílio diagnóstico realizados durante o atendimento odontológico.

1.9. Outros procedimentos odontológicos: Atendimentos com procedimentos preventivos, periodontia, dentística, cirurgia odontológica, exodontia, endodontia e outros procedimentos.

1.9.1. Procedimentos preventivos: Atendimentos com os procedimentos de prevenção em saúde bucal. Consiste em procedimentos clínicos, educativos e/ou terapêuticos que interferem nas causas das doenças bucais, impedindo e/ou retardando o aparecimento de lesões relacionadas ao processo de doença bucal.

1.9.2. Periodontia: Atendimento com diagnóstico, terapêutica e profilaxia das lesões gengivais e periodontais. Consiste em procedimentos

relacionados à remoção mecânica (raspagem) do biofilme (placa bacteriana) em todas as suas formas, assim como os procedimentos clínicos e cirúrgicos cuja finalidade principal seja voltada para o tecido periodontal e/ou ósseo de suporte.

1.9.3. Dentística: Atendimentos para recuperação da estrutura anátomo-funcional de dente afetado por cáries, afecções estruturais ou traumatismos.

1.9.4. Cirurgia odontológica: Atendimentos com intervenções cirúrgicas realizadas em consultório odontológico sob anestesia local, com exceção das extrações dentárias de dentes permanentes, normalmente implantados, que devem ser informadas no item de despesa Exodontias.

1.9.5. Exodontia: Atendimentos com procedimentos de extrações dentárias de dentes permanentes, normalmente implantados à exceção das extrações de siso incluso/semi-incluso e extrações com indicação ortodôntica, que devem ser informadas no item de despesa Cirurgia Odontológica.

1.9.6. Endodontia: Atendimentos com procedimentos de diagnóstico, terapêutica e profilaxia das lesões de polpa dentária, da raiz dentária e do tecido periapical.

1.9.7. Outros procedimentos: Atendimentos com procedimentos de promoção da saúde e prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação do paciente, e não classificáveis nos itens consultas odontológicas iniciais, exames odontológicos complementares, procedimentos preventivos, periodontia, dentística, cirurgia odontológica, exodontia e endodontia desta Resolução. Inclui consultas de caráter emergencial e consultas de caráter pericial.

1.10. Demais despesas odontológicas: Despesas assistenciais odontológicas, acessórias aos atendimentos de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação do paciente, incluindo despesas não classificáveis nos demais itens desta Resolução, menos os descontos obtidos no pagamento de eventos.

2. Número de expostos: Corresponde ao número de expostos, como resultado (desprezando-se as casas decimais) do somatório de todos os dias de exposição em que cada beneficiário do plano, fora do período de carência, teve o direito de usufruir dos serviços de assistência à saúde, calculado para cada item de despesa assistencial, durante o período devido, dividido pelo número de dias do período devido, conforme ilustra a fórmula a seguir:

$$\text{Número de expostos} = (\text{n.º de dias de exposição do beneficiário 1 durante o período devido} + \text{n.º de dias de exposição do beneficiário 2 durante o período devido} + \dots + \text{n.º de dias de exposição do beneficiário "n" durante o período devido}) / (\text{n.º de dias do período devido}).$$

Alternativamente, o número de expostos pode ser calculado como o somatório do número de beneficiários expostos existentes em cada um dos dias do período devido, dividido pelo número de dias do período devido (desprezando-se as casas decimais). Este cálculo é exemplificado pela fórmula a seguir:

$N.º \text{ de expostos} = (n.º \text{ de expostos no primeiro dia do período devido} + \dots + n.º \text{ de expostos no último dia do período devido}) / (n.º \text{ de dias do período devido})$.

Caso a operadora, por ordem judicial, seja obrigada a dar cobertura para um beneficiário, e este não seja exposto para o item de despesa no qual a cobertura foi prestada, a operadora deverá acrescentá-lo como exposto no item, enquanto o procedimento estiver sendo prestado.

Dias de exposição: número de dias, durante o período devido, nos quais o beneficiário teve o direito de usufruir do serviço de assistência à saúde, calculado individualmente para cada item de despesa. O beneficiário que estiver cumprindo carência deverá ser excluído do cálculo de exposição do item de despesa, pois, durante esse período, ele não tem direito a usufruir do serviço.

Exposto: beneficiário com direito a usufruir da assistência à saúde no item de despesa assistencial em questão, durante o período devido.

Caso haja procedimentos com diferentes prazos de carência dentro de um mesmo item de despesa, adotar o de maior prazo. Por exemplo, para o item de despesa "Exames Grupo 2", caso haja prazos de carência diferentes para os diversos exames complementares, deverá ser adotado como prazo de carência deste item o que tiver o maior prazo. Para internações, considerar a maior carência, exceto parto, quando esse procedimento tiver período superior ao das demais internações.

3. Número de eventos: Somatório das ocorrências com expostos de cada item de despesa assistencial realizada no período.

4. Total de despesa: É o gasto total da operadora com os eventos realizados pelos expostos nos itens de despesas assistenciais definidos, descontados os valores de glosas, e as recuperações de eventos em co-responsabilidade, expressos em reais.

Este item deve ser compatibilizado com a estrutura das contas constantes do Plano de Contas Padrão definido pela ANS. Para cada um dos itens de despesa estão indicadas as contas correspondentes aos beneficiários expostos (BE) e expostos não beneficiários (ENB).

Consultas médicas

ITENS DE DESPESA	BE	ENB
(+) Eventos	41111	41151
(-) Recuperação de eventos em co-responsabilidade (BNE)	41231	
(-) Glosas		41211

Exames Grupo 1

ITENS DE DESPESA	BE	ENB
(+) Eventos	41112.1110	41152.1110
	41112.1210	41152.1210
	41112.1910	41152.1910
	41112.2110	41152.2110
	41112.2210	41152.2210
	41112.2910	41152.2910
(-) Recuperação de eventos em co-responsabilidade (BNE)	41232.1110	
	41232.1210	
	41232.1910	
	41232.2110	
	41232.2210	
	41232.2910	
(-) Glosas	41212.1110	
	41212.1210	
	41212.1910	
	41212.2110	
	41212.2210	
	41212.2910	

Exames Grupo 2

ITENS DE DESPESA	BE	ENB
(+) Eventos	41112.1120	41152.1120
	41112.1220	41152.1220
	41112.1920	41152.1920
	41112.2120	41152.2120
	41112.2220	41152.2220
	41112.2920	41152.2920
(-) Recuperação de eventos em co-responsabilidade (BNE)	41232.1120	
	41232.1220	
	41232.1920	
	41232.2120	
	41232.2220	
	41232.2920	
(-) Glosas	41212.1120	
	41212.1220	
	41212.1920	
	41212.2120	
	41212.2220	
	41212.2920	

Terapias Grupo 1

ITENS DE DESPESA	BE	ENB
(+) Eventos	41113.1110	41153.1110
	41113.1210	41153.1210
	41113.1910	41153.1910
	41113.2110	41153.2110
	41113.2210	41153.2210
	41113.2910	41153.2910
(-) Recuperação de eventos em co-responsabilidade (BNE)	41233.1110	
	41233.1210	
	41233.1910	
	41233.2110	
	41233.2210	
	41233.2910	
(-) Glosas	41213.1110	
	41213.1210	
	41213.1910	
	41213.2110	
	41213.2210	
	41213.2910	

Terapias Grupo 2

ITENS DE DESPESA	BE	ENB
(+) Eventos	41113.1120	41153.1120
	41113.1220	41153.1220
	41113.1920	41153.1920
	41113.2120	41153.2120
	41113.2220	41153.2220
	41113.2920	41153.2920
(-) Recuperação de eventos em co-responsabilidade (BNE)	41233.1120	
	41233.1220	
	41233.1920	
	41233.2120	
	41233.2220	
	41233.2920	
(-) Glosas	41213.1120	
	41213.1220	
	41213.1920	
	41213.2120	
	41213.2220	
	41213.2920	

Internações e outros atendimentos hospitalares

ITENS DE DESPESA	BE	ENB
(+) Eventos	41114	41154
(-) Recuperação de eventos em co-responsabilidade (BNE)	41234	
(-) Glosas		41214

Outros atendimentos ambulatoriais

ITENS DE DESPESA	BE	ENB
(+) Eventos	41115	41155
(-) Recuperação de eventos em co-responsabilidade (BNE)	41235	
(-) Glosas		41215

Demais despesas médico-hospitalares

ITENS DE DESPESA	BE	ENB
(+) Demais despesas assistenciais	41116	41156
(+) Despesas com eventos	41131 e 41139	41171 e 41179
(-) Recuperação de eventos em co-responsabilidade (BNE)	41236	
(-) Deduções de eventos		4128
(-) Glosas		41216

Consultas odontológicas iniciais

ITENS DE DESPESA	BE	ENB
(+) Eventos	41121	41161
(-) Recuperação de eventos em co-responsabilidade (BNE)	41241	
(-) Glosas		41221

Exames odontológicos complementares

ITENS DE DESPESA	BE	ENB
(+) Eventos	41122	41162
(-) Recuperação de eventos em co-responsabilidade (BNE)	41242	
(-) Glosas		41222

Procedimentos preventivos

ITENS DE DESPESA	BE	ENB
(+) Eventos	41123.1110	41163.1110
	41123.1210	41163.1210
	41123.1910	41163.1910
	41123.2110	41163.2110
	41123.2210	41163.2210
	41123.2910	41163.2910
	41123.3110	41163.3110
	41123.3210	41163.3210
	41123.3910	41163.3910
(-) Recuperação de eventos em co-responsabilidade (BNE)	41243.1110	
	41243.1210	
	41243.1910	
	41243.2110	
	41243.2210	
	41243.2910	
	41243.3110	
	41243.3210	
41243.3910		
(-) Glosas	41223.1110	
	41223.1210	
	41223.1910	
	41223.2110	
	41223.2210	
	41223.2910	
	41223.3110	
	41223.3210	
41223.3910		

Periodontia

ITENS DE DESPESA	BE	ENB
(+) Eventos	41123.1120	41163.1120
	41123.1220	41163.1220
	41123.1920	41163.1920
	41123.2120	41163.2120
	41123.2220	41163.2220
	41123.2920	41163.2920
	41123.3120	41163.3120
	41123.3220	41163.3220
(-) Recuperação de eventos em co-responsabilidade (BNE)	41123.3920	41163.3920
	41243.1120	
	41243.1220	
	41243.1920	
	41243.2120	
	41243.2220	
	41243.2920	
	41243.3120	
(-) Glosas	41243.3220	
	41243.3920	
		41223.1120
		41223.1220
		41223.1920
		41223.2120
		41223.2220
		41223.2920
	41223.3120	
	41223.3220	
	41223.3920	

Dentística

ITENS DE DESPESA	BE	ENB
(+) Eventos	41123.1130	41163.1130
	41123.1230	41163.1230
	41123.1930	41163.1930
	41123.2130	41163.2130
	41123.2230	41163.2230
	41123.2930	41163.2930
	41123.3130	41163.3130
	41123.3230	41163.3230
(-) Recuperação de eventos em co-responsabilidade (BNE)	41123.3930	41163.3930
	41243.1130	
	41243.1230	
	41243.1930	
	41243.2130	
	41243.2230	
	41243.2930	
	41243.3130	
(-) Glosas	41243.3230	
	41243.3930	
		41223.1130
		41223.1230
		41223.1930
		41223.2130
		41223.2230
		41223.2930
	41223.3130	
	41223.3230	
	41223.3930	

Cirurgia odontológica

ITENS DE DESPESA	BE	ENB
(+) Eventos	41123.1140	41163.1140
	41123.1240	41163.1240
	41123.1940	41163.1940
	41123.2140	41163.2140
	41123.2240	41163.2240
	41123.2940	41163.2940
	41123.3140	41163.3140
	41123.3240	41163.3240
(-) Recuperação de eventos em co-responsabilidade (BNE)	41243.1140	
	41243.1240	
	41243.1940	
	41243.2140	
	41243.2240	
	41243.2940	
	41243.3140	
	41243.3240	
(-) Glosas	41223.1140	
	41223.1240	
	41223.1940	
	41223.2140	
	41223.2240	
	41223.2940	
	41223.3140	
	41223.3240	
	41223.3940	

Exodontia

ITENS DE DESPESA	BE	ENB
(+) Eventos	41123.1150	41163.1150
	41123.1250	41163.1250
	41123.1950	41163.1950
	41123.2150	41163.2150
	41123.2250	41163.2250
	41123.2950	41163.2950
	41123.3150	41163.3150
	41123.3250	41163.3250
(-) Recuperação de eventos em co-responsabilidade (BNE)	41243.1150	
	41243.1250	
	41243.1950	
	41243.2150	
	41243.2250	
	41243.2950	
	41243.3150	
	41243.3250	
(-) Glosas	41223.1150	
	41223.1250	
	41223.1950	
	41223.2150	
	41223.2250	
	41223.2950	
	41223.3150	
	41223.3250	
	41223.3950	

Endodontia

ITENS DE DESPESA	BE	ENB
(+) Eventos	41123.1160	41163.1160
	41123.1260	41163.1260
	41123.1960	41163.1960
	41123.2160	41163.2160
	41123.2260	41163.2260
	41123.2960	41163.2960
	41123.3160	41163.3160
	41123.3260	41163.3260
(-) Recuperação de eventos em co-responsabilidade (BNE)	41123.3960	41163.3960
	41243.1160	
	41243.1260	
	41243.1960	
	41243.2160	
	41243.2260	
	41243.2960	
	41243.3160	
(-) Glosas	41243.3260	
	41243.3960	
		41223.1160
		41223.1260
		41223.1960
		41223.2160
		41223.2260
		41223.2960
	41223.3160	
	41223.3260	
	41223.3960	

Outros procedimentos

ITENS DE DESPESA	BE	ENB
(+) Eventos	41123.1170	41163.1170
	41123.1270	41163.1270
	41123.1970	41163.1970
	41123.2170	41163.2170
	41123.2270	41163.2270
	41123.2970	41163.2970
	41123.3170	41163.3170
	41123.3270	41163.3270
(-) Recuperação de eventos em co-responsabilidade (BNE)	41123.3970	41163.3970
	41243.1170	
	41243.1270	
	41243.1970	
	41243.2170	
	41243.2270	
	41243.2970	
	41243.3170	
(-) Glosas	41243.3270	
	41243.3970	
		41223.1170
		41223.1270
		41223.1970
		41223.2170
		41223.2270
		41223.2970
	41223.3170	
	41223.3270	
	41223.3970	

Demais despesas odontológicas

ITENS DE DESPESA	BE	ENB
(+) Demais despesas assistenciais	41126	41166
(+) Despesas com eventos	41141 e 41149	41181 e 41189
(-) Recuperação de eventos em co-responsabilidade (BNE)	41246	
(-) Deduções de eventos		4129
(-) Glosas		41226

5. Participação dos beneficiários em eventos indenizáveis: co-participação: Valor total, expresso em real, proveniente de pagamentos realizados à operadora pelos seus beneficiários a título de Recuperação por indenização, nos casos de co-participação.

Para este item devem ser consideradas as seguintes contas:

Nos casos de B.E. e E.N.B.:

ITENS DE DESPESA	CONTA	CONTA
	MÉDICO-HOSPITALAR	ODONTOLÓGICA
Para todos os itens	41311.1100	41321.1100
	41311.2100	41321.2100
		41321.3100

6. Recuperação de despesas com eventos/sinistros indenizáveis – seguros: Valor total, expresso em real, proveniente de pagamentos realizados à operadora por terceiros a título de recuperação por indenização de seguros, incluindo o “Stop Loss”.

“Stop Loss”: Seguro destinado a cobrir despesas a partir de um determinado valor.

Para este item devem ser consideradas as seguintes contas:

No caso de B.E. e E.N.B.:

ITENS DE DESPESA	CONTA	CONTA
	MÉDICO-HOSPITALAR	ODONTOLÓGICA
Para todos os itens	41311.1200	41321.1200
	41311.1300	41321.1300
	41311.1900	41321.1900
	41311.2200	41321.2200
	41311.2300	41321.2300
	41311.2900	41321.2900
		41321.3200
		41321.3300
		41321.3900

ANEXO II - A
Para todas as operadoras

1. Grupo de beneficiários	2. Quantidade	3. Nº. de Eventos	4. Total de Despesa Assistencial	5. Partic. Benef. em Eventos Indenizáveis: Co-participação	6. Recuperação de Despesas com Eventos/Sinistros Indenizáveis – Seguros
1.1 Beneficiários expostos					
1.2 Beneficiários não-expostos					
1.3 Expostos não-beneficiários					
1.4 Total					

1. Grupos de beneficiários:

1.1 Beneficiários expostos (B.E.): beneficiário para quem a assistência à saúde é prestada majoritariamente pela operadora com a qual possui contrato de plano privado de assistência a saúde.

1.2 Beneficiários não expostos (B.N.E.): beneficiário para quem a assistência à saúde é prestada majoritariamente por outra operadora que não aquela com a qual possui contrato de plano privado de assistência a saúde.

1.3 Expostos não beneficiários (E.N.B.): beneficiários de outra operadora cujo serviço de assistência à saúde é prestado majoritariamente pela operadora.

1.4 Total: valor total dos itens relacionados aos grupos de beneficiários da operadora.

2. Quantidade: Somatório dos beneficiários da operadora referente a cada grupo de beneficiários.

3. Número de eventos: Somatório das ocorrências dos eventos assistenciais realizados no período, referente a cada grupo de beneficiários.

4. Total de despesa assistencial: É o total dos gastos assistenciais por grupo de beneficiários, conforme a seguir:

Total de despesas para BE = (+) Eventos BE (-) Recuperações (-) Glosas (-)
Descontos obtidos no pagamento de eventos

Total de despesas para ENB = (+) Eventos ENB (-) Glosas (-) Descontos obtidos no pagamento de eventos

Total de despesas para BNE = (+) Recuperações

Este item deve ser compatibilizado com a estrutura das contas constantes do Plano de Contas Padrão definido pela ANS. Para beneficiários expostos e expostos não beneficiários, as despesas estão indicadas nas contas correspondentes, conforme estabelecido no item 4 do Anexo II. Para os beneficiários não expostos, considerar as contas contábeis conforme abaixo:

B.N.E.:

ITENS DE DESPESA	CONTA MÉDICO-HOSPITALAR	CONTA ODONTOLÓGICA
(+) Eventos	41231 a 41236	41241 a 41246

5. Participação dos beneficiários em eventos indenizáveis - co-participação: Valor total, expresso em real, proveniente de pagamentos realizados à operadora pelos seus beneficiários a título de Recuperação por indenização, nos casos de co-participação.

Este item deve ser compatibilizado com a estrutura das contas constantes do Plano de Contas Padrão definido pela ANS. Para beneficiários expostos e expostos não beneficiários, as despesas estão indicadas nas contas correspondentes, conforme estabelecido no item 5 do Anexo II.

6. Recuperação de despesas com eventos/sinistros indenizáveis – seguros: Valor total, expresso em real, proveniente de pagamentos realizados à operadora por terceiros a título de recuperação por indenização de seguros, incluindo o “Stop Loss”.

“Stop Loss”: Seguro destinado a cobrir despesas a partir de um determinado valor.

Este item deve ser compatibilizado com a estrutura das contas constantes do Plano de Contas Padrão definido pela ANS. Para beneficiários expostos e expostos não beneficiários, as despesas estão indicadas nas contas correspondentes, conforme estabelecido no item 6 do Anexo II.

ANEXO III
Para operadoras médico-hospitalares com ou sem assistência
odontológica
(Beneficiários Expostos -BE e Expostos Não Beneficiários - ENB)

Item	N.º de Eventos
1. Consultas Médicas	
1.1. Alergia e imunologia	
1.2. Angiologia	
1.3. Cardiologia	
1.4. Cirurgia geral	
1.5. Clínica médica	
1.6. Dermatologia	
1.7. Endocrinologia	
1.8. Fisiatria	
1.9. Gastroenterologia	
1.10. Ginecologia	
1.11. Hematologia	
1.12. Mastologia	
1.13. Nefrologia	
1.14. Neurocirurgia	
1.15. Neurologia	
1.16. Obstetrícia	
1.17. Oftalmologia	
1.18. Oncologia	
1.19. Otorrinolaringologia	
1.20. Pediatria	
1.21. Proctologia	
1.22. Psiquiatria	
1.23. Reumatologia	
1.24. Tisiopneumologia	
1.25. Traumatologia-ortopedia	
1.26. Urologia	
1.27. Outras	
2. Exames	
2.1. Anatomopatologia e Citopatologia	
2.2. Angiografia	
2.3. Densitometria óssea	
2.4. Ecocardiografia	
2.5. Eletrocardiograma	
2.6. Endoscopia das vias aéreas	
2.7.1. Endoscopia - via digestiva alta	
2.7.2. Endoscopia – via digestiva baixa	
2.8. Hemodinâmica	
2.9. Holter	
2.10. Mamografia	
2.11. Medicina nuclear	
2.12. Patologia clínica	
2.13. Radiodiagnóstico	
2.14. Ressonância nuclear magnética	
2.15. Teste ergométrico	
2.16. Tomografia computadorizada	
2.17.1. Ultrassonografia	
2.17.2. Cardiotocografia	
2.18. Outros	
3. Terapias	
3.1. Fisioterapia	
3.2. Hemoterapia	
3.3. Litotripsia extracorpórea	
3.4. Quimioterapia	
3.5. Radiologia intervencionista	
3.6. Radioterapia	
3.7. Terapia renal substitutiva	
3.8. Psicoterapia	
3.9. Outras	

4. Internações	
4.1. Cirurgia	
4.2. Clínica	
4.3. Obstetrícia	
4.4. Pediatria	
4.5. Psiquiatria	
5. Diárias de UTI	
5.1. Neonatal	
5.2. Infantil	
5.3. Adulto	

1. Consultas médicas: Número de atendimentos prestados, nas especialidades indicadas nos itens 1.1 a 1.27, por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina, com fins de diagnóstico e orientação terapêutica, em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência, conforme informado no Anexo II no item 1.1.

2. Exames: Número de métodos de auxílio diagnóstico, realizados em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência, indicados nos itens 2.1 a 2.18.

3. Terapias: Número de atendimentos a pacientes, utilizando métodos de tratamento realizados, em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência indicados nos itens 3.1 a 3.9.

4. Internações: Número de atendimentos prestados a pacientes admitidos para ocupar leito hospitalar em enfermaria, quarto, ou unidades de terapia intensiva ou semi-intensiva, informado no item 1.4 do Anexo II, e classificados conforme o principal procedimento gerador identificado por ocasião da alta.

4.1. Cirurgia: Número de internações em que o evento é cirúrgico.

4.2 Clínica: Número de internações clínicas de pacientes com 12 anos completos de idade ou mais para tratamento clínico e/ou pesquisa diagnóstica.

4.3. Obstetrícia: Número de internações decorrentes do ciclo gravídico-puerperal. Todas as internações relacionadas a transtornos na gravidez, parto e puerpério, incluindo parto normal, cesariana e aborto.

4.4. Pediatria: Número de internações clínicas de pacientes de 0 dia até 11 anos completos de idade (11 anos, 11 meses e 29 dias).

4.5. Psiquiatria: Número de internações psiquiátricas ocorridas em todas as faixas etárias.

5. Diárias de UTI: Somatório dos itens 5.1 a 5.3 deste Anexo.

5.1. Neonatal: Número de diárias em Unidades de Terapia Intensiva de crianças de 0 dia a 27 dias de idade completos (27 dias, 23 horas e 59 minutos), independente da causa definida na Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

5.2. Infantil: Número de diárias em Unidades de Terapia Intensiva de crianças de 28 dias de idade completos até 11 anos de idade completos (11 anos, 11 meses e 29 dias).

5.3. Adulto: Número de diárias em Unidades de Terapia Intensiva de pacientes com 12 anos completos de idade ou mais.

ANEXO IV
Para todas as operadoras
(Beneficiários Expostos - BE e Expostos Não Beneficiários - ENB)

Atenção à Saúde	2. Nº de expostos	3. Quantidade
1.1-Atenção à Criança -Hospital		
1.1.1. Nascido vivo prematuro		
1.1.2. Nascido vivo a Termo		
1.1.3. Nascido morto		
1.1.4. Internação em UTI no período neonatal		
1.1.5. Internação de 0 a 5 anos de idade por causas selecionadas		
2.1-Atenção à Mulher - Ambulatório		
2.1.1. Exame colpocitopatológico de colo de útero de 1ª vez (25 a 59 anos)		
2.1.2. Mulheres que realizaram exame de mamografia (50 a 69 anos)		
2.1.3. Testes HIV em gestantes		
2.2-Atenção à Mulher - Hospital		
2.2.1. Parto normal		
2.2.2. Cesarianas		
2.2.3. Internação por transtorno hipertensivo na gravidez, parto e puerpério		
2.2.4. Internação por transtorno infeccioso no puerpério		
2.2.5. Mulheres internadas por câncer de mama		
2.2.5.1. Mulheres com câncer de mama submetidas a procedimentos selecionados		
2.2.6. Mulheres internadas por câncer de colo de útero.		
2.2.6.1. Mulheres com câncer de colo de útero submetidas a procedimentos selecionados		
3.1-Atenção ao Adulto e ao Idoso - Ambulatório		
3.1.1. Exame de pesquisa de sangue oculto nas fezes (50 a 69 anos)		
3.2-Atenção ao Adulto e ao Idoso - Hospital		
3.2.1. Internação por doença hipertensiva		
3.2.2. Internação por diabetes mellitus		
3.2.2.1. Internação por diabetes mellitus - amputação de membros inferiores		
3.2.3. Internação por infarto agudo do miocárdio		
3.2.3.1. Internação por infarto agudo do miocárdio – alta por óbito		
3.2.4. Internação por doença cerebrovascular		
3.2.5. Pessoas internadas por câncer de colon e reto		
3.2.5.1. Pessoas com câncer de colon e reto submetidas a procedimentos selecionados		
3.2.6. Homens internados por câncer de próstata		
3.2.6.1. Homens com câncer de próstata submetidos a procedimentos selecionados		
4. Saúde Bucal		
4.1. Pessoas submetidas à fluoroterapia		
4.2. Pessoas submetidas à terapia periodontal básica (15 anos ou mais)		
4.3. Dente com tratamento endodôntico concluído		
4.4. Pessoas que receberam selantes (menores de 15 anos)		
4.5. Odontalgia aguda		
5. Saúde Mental		
5.1. Pacientes em hospital-dia		
5.2. Internações psiquiátricas por psicoses e neuroses graves		

3. Quantidade: Refere-se ao número de pessoas que receberam determinado procedimento ou ao número de eventos.

1.1. ATENÇÃO À CRIANÇA – HOSPITAL

1.1.1. Nascido vivo prematuro: Número de nascidos vivos prematuros, produtos da concepção, com idade gestacional igual ou inferior a 36 semanas e 6 dias que, depois da expulsão ou da extração completa do corpo materno, manifestam algum sinal vital tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendido da placenta (OMS – SINASC).

1.1.2. Nascido vivo a termo: Número de nascidos vivos à termo, produto da concepção, com idade gestacional igual ou superior a 37 semanas que, depois da expulsão ou da extração completa do corpo materno, manifestam algum sinal vital tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendido da placenta (OMS – SINASC).

1.1.3. Nascido morto: Número de nascidos mortos, produto da concepção com 22 semanas ou mais de gestação, ou pelo menos 500 gramas de peso que, depois da expulsão ou extração completa do corpo da mãe, não manifestam qualquer sinal de vida.

1.1.4. Internação em UTI no período neonatal: Número de internações em UTI, ocorridas no intervalo de vida de 0 a 27 dias completos de idade, cujo código do diagnóstico principal, registrado na alta hospitalar, está contido no Capítulo XVI (Algumas afecções originadas no período perinatal) da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão (CID-10).

1.1.5. Internação de 0 a 5 anos de idade por causas selecionadas: Número de internações de crianças na faixa etária de 0 a 5 anos de idade completos (5 anos, 11 meses e 29 dias) cujo código do diagnóstico principal, registrado na alta hospitalar, está contido nos grupos de diagnóstico A00 a A09 do Capítulo I (Algumas doenças infecciosas e parasitárias); E40 a E63 e E86 do Capítulo IV (Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas); J00 a J22, J45 e J46 do Capítulo X (Doenças do aparelho respiratório) da CID-10.

Número de expostos para internação de 0 a 5 anos de idade: Número total de crianças de 0 a 5 anos completos de idade (5 anos, 11 meses e 29 dias) com direito a serem internadas.

2.1. ATENÇÃO À MULHER – AMBULATÓRIO

2.1.1. Exame colpocitopatológico de colo de útero de 1ª vez (25 a 59 anos): Número de exames colpocitopatológicos de colo de útero (exame

Papanicolaou) realizados pela 1ª vez no ano, desconsiderando os exames repetidos na mesma beneficiária, na faixa etária de 25 a 59 anos completos de idade. É o exame colpocitopatológico de esfregaço de material do colo uterino para identificação de células atípicas.

Número de expostas para exame colpocitopatológico de colo de útero de 1ª vez (25 a 59 anos): Número total de mulheres com direito a realizar o exame colpocitopatológico de colo de útero, de 25 a 59 anos completos de idade.

2.1.2. Mulheres que realizaram exames de mamografia (50 a 69 anos): Número de mulheres que realizaram exame de mamografia pela 1ª vez no ano, desconsiderando os exames repetidos na mesma beneficiária, na faixa etária de 50 a 69 anos completos de idade. É o exame radiológico para a detecção de alterações do tecido mamário que serve ao rastreamento do câncer de mama realizado em mulheres.

Número de mulheres expostas para o exame de mamografia (50 a 69 anos): Número total de mulheres com direito a realizar o exame de mamografia, de 50 a 69 anos completos de idade.

2.1.3. Testes HIV em gestantes: Número de sorologias anti-HIV realizadas em gestantes, através de uma das técnicas definidas no algoritmo de investigação do Ministério da Saúde.

2.2. ATENÇÃO À MULHER – HOSPITAL

2.2.1. Parto normal: Número de procedimentos no qual o conceito nasce por via vaginal.

2.2.2. Cesarianas: Número de procedimentos cirúrgicos no qual o conceito é extraído mediante incisão das paredes abdominal e uterina.

2.2.3. Internação por transtorno hipertensivo na gravidez, parto e puerpério: Número de internações cujo código do diagnóstico principal, registrado na alta hospitalar, está contido nos grupos de diagnóstico O10 a O16 do Capítulo XV (Gravidez, parto e puerpério) da CID -10.

2.2.4. Internação por transtorno infeccioso no puerpério: Número de internações cujo código do diagnóstico principal, registrado na alta hospitalar, está contido dos grupos de diagnóstico O85, O86 e/ou O91 do Capítulo XV (Gravidez, parto e puerpério) da CID-10.

2.2.5. Mulheres internadas por câncer de mama: Número de mulheres com internações em qualquer clínica pela 1ª vez no ano, desconsiderando as internações repetidas para a mesma beneficiária, cujo código do diagnóstico principal, registrado na alta hospitalar, está contido nos grupos de diagnóstico C50 e D05 do Capítulo II (Neoplasias) da CID-10.

2.2.5.1. Mulheres com câncer de mama submetidas a procedimentos selecionados: Número de mulheres que realizaram pela 1ª vez no ano um dos procedimentos selecionados: quadrantectomia ou mastectomia simples ou mastectomia radical ou mastectomia radical modificada (com ou sem linfadenectomia axilar) para tratamento de câncer de mama, cuja definição compreende os grupos de diagnóstico C50 e D05 do Capítulo II (Neoplasias) da CID-10, desconsiderando os procedimentos repetidos na mesma beneficiária.

2.2.6. Mulheres internadas por câncer de colo de útero: Número de mulheres com internações em qualquer clínica pela 1ª vez no ano, desconsiderando as internações repetidas para a mesma beneficiária, cujo diagnóstico principal, registrado na alta hospitalar, está contido nos grupos de diagnóstico C53 e D06 do Capítulo II (Neoplasias) da CID-10.

2.2.6.1. Mulheres com câncer de colo de útero submetidas a procedimentos selecionados: Número de mulheres que realizaram pela 1ª vez no ano um dos procedimentos selecionados: histerectomia total (via alta ou baixa), histerectomia total ampliada (via alta ou baixa), histerectomia total com anexectomia uni ou bilateral (via alta ou baixa) e traquelectomia (via alta ou baixa) para tratamento de câncer de colo de útero, cuja definição compreende os grupos de diagnóstico C53 e D06 do Capítulo II (Neoplasias) da CID-10, desconsiderando os procedimentos repetidos na mesma beneficiária.

3.1. ATENÇÃO AO ADULTO E AO IDOSO – AMBULATÓRIO

3.1.1 Exame de pesquisa de sangue oculto nas fezes (50 a 69 anos): Número de exames para a identificação da presença de sangue realizados pela 1ª vez no ano, desconsiderando os exames repetidos no mesmo beneficiário, não visível a olho nu nas fezes, em homens e mulheres, na faixa etária de 50 a 69 anos completos de idade.

Número de expostos para exame de pesquisa de sangue oculto nas fezes (50 a 69 anos): Número de mulheres e homens com direito a realizar o exame de pesquisa de sangue oculto nas fezes, de 50 a 69 anos completos de idade.

3.2. ATENÇÃO AO ADULTO E AO IDOSO – HOSPITAL

3.2.1. Internação por doença hipertensiva: Número total de internações por doenças hipertensivas, cujo código do diagnóstico principal, registrado na alta hospitalar, está contido nos grupos de diagnóstico I10 a I15 do Capítulo IX (Doenças do aparelho circulatório) da CID-10.

3.2.2. Internação por diabetes mellitus: Número total de internações por diabetes mellitus, cujo código do diagnóstico principal, registrado na alta hospitalar, está contido nos grupos de diagnóstico E10 a E14, do Capítulo IV (Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas) da CID-10. Inclui as internações para a realização do procedimento de amputação de membros inferiores.

3.2.2.1. Internação por diabetes mellitus – amputação de membros inferiores: Número total de internações para realização do procedimento de amputação de membros inferiores em pacientes diagnosticados com diabetes mellitus, compreendendo os grupos de diagnóstico E10 a E14 do Capítulo IV (Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas) da CID-10.

3.2.3. Internação por infarto agudo do miocárdio: Número total de internações por infarto agudo do miocárdio, cujo código do diagnóstico principal, registrado na alta hospitalar, está contido nos grupos de diagnóstico I21 e I22 do Capítulo IX (Doenças do aparelho circulatório) da CID-10.

3.2.3.1. Internação por infarto agudo do miocárdio – alta por óbito: Número total de internações por infarto agudo do miocárdio, cujo motivo de saída foi por óbito e o cujo código do diagnóstico principal; registrado na alta hospitalar, está contido nos grupos de diagnóstico I21 e I22 do Capítulo IX (Doenças do aparelho circulatório) da CID-10.

3.2.4. Internação por doença cerebrovascular: Número total de internações por doenças cerebrovasculares, cujo código do diagnóstico principal, registrado na alta hospitalar, está contido nos grupos de diagnóstico I60 a I69 do Capítulo IX (Doenças do aparelho circulatório) da CID-10.

3.2.5. Pessoas internadas por câncer de colon e reto: Número de pessoas com internações em qualquer clínica pela 1ª vez no ano, desconsiderando as internações repetidas para os mesmos beneficiários, cujo diagnóstico principal, registrado na alta hospitalar, está contido grupos de diagnóstico C18 a C20 e D01.0 a D01.2 do Capítulo II (Neoplasias) da CID-10.

3.2.5.1. Pessoas com câncer de colon e reto submetidas a procedimentos selecionados: Número de pessoas que realizaram pela 1ª vez no ano um dos procedimentos selecionados: amputação abdomino-perineal do reto (completa), colectomia total com ileo-reto-anastomose, colectomia total com ileostomia, proctocolectomia total, proctocolectomia total com reservatório ileal e retossigmoidectomia abdominal para tratamento de câncer de colon e reto, cuja definição compreende os grupos de diagnóstico C18 a C20 e D01.0 a D01.2 do Capítulo II (Neoplasias) da CID-10, desconsiderando os procedimentos repetidos no mesmo beneficiário.

3.2.6. Homens internados por câncer de próstata: Número de homens com internações em qualquer clínica pela 1ª vez no ano, desconsiderando as internações repetidas para o mesmo beneficiário, cujo diagnóstico principal, registrado na alta hospitalar, está contido no grupo de diagnóstico C61 do Capítulo II (Neoplasias) da CID-10.

3.2.6.1. Homens com câncer de próstata submetidos a procedimentos selecionados: Número de homens que realizaram pela 1ª vez no ano um dos procedimentos selecionados: prostatovesiculectomia radical e prostatectomia a céu aberto para tratamento do câncer de próstata, cuja definição compreende o grupo de diagnóstico C61 do Capítulo II (Neoplasias) da CID-10, desconsiderando os procedimentos repetidos no mesmo beneficiário.

4. SAÚDE BUCAL

4.1. Pessoas submetidas à fluorterapia: Número total de pessoas que receberam Fluorterapia pela 1ª vez no ano em consultório ou escovódromo (verniz, gel, bochecho e/ou outros veículos), desconsiderando as aplicações repetidas no mesmo beneficiário.

4.2. Pessoas submetidas à terapia periodontal básica (15 anos ou mais):

Número total de pessoas, com 15 anos completos de idade ou mais, que receberam pela 1ª vez no ano os procedimentos de Raspagem Supra e/ou Subgingival, alisamento coronário e/ou radicular (com ou sem curetagem de bolsa periodontal), desconsiderando os procedimentos repetidos no mesmo beneficiário.

Número de expostos para terapia periodontal básica (15 anos ou mais):

Número de pessoas com 15 anos completos de idade ou mais com direito a realizar Terapia Periodontal Básica .

4.3. Dente com tratamento endodôntico concluído: Número total de dentes que receberam Tratamento Endodôntico Concluído (independente do nº de condutos).

4.4. Pessoas que receberam selantes (menores de 15 anos): Número de pessoas, menores de 15 anos completos de idade (14 anos, 12 meses e 29 dias), que receberam pelo menos 1 (um) selante em qualquer elemento dentário, pela 1ª vez no ano, desconsiderando as aplicações repetidas no mesmo beneficiário.

Número de expostos para selantes (menores de 15 anos): Número de pessoas menores de 15 anos completos de idade (14 anos, 12 meses e 29 dias) com direito a receberem selantes.

4.5. Odontalgia aguda: Número total de procedimentos de acesso à câmara pulpar (com remoção da polpa, da obturação endodôntica e/ou núcleo existentes) e realização de curativo, em casos de pulpite aguda, excluindo-se os casos de traumas e/ou atendimentos de urgência por outras razões.

5. SAÚDE MENTAL

5.1. Pacientes em hospital-dia: Número de pacientes recebendo tratamento em hospital-dia pela 1ª vez no ano, desconsiderando os atendimentos repetidos para os mesmos beneficiários.

O hospital-dia consiste em um estabelecimento que oferece um conjunto de atendimentos, em frequência diária ou de intervalos maiores, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental, em Centros de Atenção Psicossocial.

Centros de Atenção Psicossocial - CAPS: Unidade não hospitalar com serviço próprio de atenção psicossocial, com oficinas terapêuticas e outras modalidades de atendimento, funcionando no mínimo em regime de dois turnos, desenvolvendo atividades diárias em saúde mental. Segundo o Ministério da Saúde, os CAPS podem ser de porte I, II, III e ainda serem especializados para crianças e adolescentes com transtornos mentais (CAPSi) e pacientes com transtornos decorrentes do uso e/ou dependência de álcool e outras drogas (CAPSad) (Portaria SAS nº 189, de 20 de março de 2002).

5.2. Internações psiquiátricas por psicoses e neuroses graves: Número de internações psiquiátricas por psicoses e neuroses graves, com código do diagnóstico principal, registrado na alta hospitalar, decorrente das causas definidas na CID-10 entre os grupos de diagnóstico F20 a F39 e F42 do Capítulo

V (Transtornos mentais e comportamentais) da CID-10, ocorridas em todas as faixas etárias.