

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: este campo deve ser preenchido com a 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 administrativas da operadora e outras não relacionadas à prestação da assistência direta ao beneficiário.

Para o item “Despesas não assistenciais”, devem ser consideradas as seguintes contas:

ITENS DE DESPESA	CONTA
(+) Demais despesas com eventos	4113 e 4114 *
(+) Despesas de comercialização	Grupo 43
(+) Despesas administrativas	Grupo 46

* desde que não componham o ato de assistência à saúde.

ANEXO II

Para todas as operadoras – por tipo de plano

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 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					

1. Item de despesa: subconjunto das despesas da operadora. Todas as despesas assistenciais devem estar incluídas nos itens deste anexo. Elas não devem ser informadas em mais de um item, para evitar dupla contagem. Caso a operadora negocie suas despesas assistenciais com os prestadores de serviço mediante “pacotes de

procedimentos” ou “captação”, todos os atendimentos e despesas que os compõem devem ser distribuídos nos itens de despesa assistencial estabelecidos neste anexo.

Captação: Modalidade de pagamento em que a operadora paga um valor pré-acordado 'per capita' pela prestação do serviço de assistência à saúde, independente do custo do tratamento.

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, em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência, em que a despesa seja restrita ao ato da consulta.

1.2. Exames complementares: exames realizados em regime ambulatorial, incluindo honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas.

1.3. Terapias: atendimentos com terapias realizados em regime ambulatorial, incluindo honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas.

1.4. Outros atendimentos ambulatoriais: atendimentos com procedimentos (exceto exames complementares, terapias e consultas médicas) realizados em regime ambulatorial (de caráter eletivo, urgência ou emergência), incluindo honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas.

1.5. Internações: atendimentos realizados em regime hospitalar.

Nas colunas “Total de despesa”, “Participação dos beneficiários em eventos indenizáveis: co-participação” e “Recuperação de eventos indenizáveis: seguros”, considerar as despesas com hotelaria, honorários profissionais, medicamentos, materiais, taxas, terapias e exames ocorridos durante a internação, em enfermaria, quarto e unidades de terapia intensiva ou semi-intensiva.

1.6. 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.

- consultas de caráter emergencial: devem ser informadas em seus respectivos procedimentos odontológicos.
- consultas de caráter pericial: devem ser informadas como “Outros procedimentos odontológicos (item 1.14)”.

1.7 Exames odontológicos complementares: atendimentos com exames complementares odontológicos.

1.8. Procedimentos odontológicos preventivos: atendimentos com os procedimentos de prevenção em saúde bucal.

1.9. Procedimentos de periodontia: atendimentos com diagnóstico, terapêutica e profilaxia das lesões gengivais e periodontais.

1.10. Procedimentos de dentística: atendimentos para recuperação da estrutura anatomo-funcional de dente afetado por cáries, afecções estruturais ou traumatismos.

1.11. Procedimentos de cirurgia odontológica ambulatorial: atendimentos com intervenções cirúrgicas realizadas em consultório odontológico sob anestesia local, sem sedação.

1.12. Exodontias: atendimentos com procedimentos de extrações dentárias de dentes permanentes, normalmente implantados. Não deverão ser consideradas extrações de siso incluso/semi-incluso e extrações com indicação ortodôntica.

1.13. Procedimentos de endodontia: atendimentos com procedimentos de diagnóstico, terapêutica e profilaxia das lesões de polpa dentária, da raiz dentária e do tecido periapical.

1.14. Outros procedimentos odontológicos: atendimentos com procedimentos odontológicos não classificáveis nos itens anteriores e aqueles que a operadora oferece mas que não estão contemplados no Rol.

1.15. Demais despesas assistenciais: atendimentos/despesas assistenciais não classificáveis nos itens anteriores e procedimentos que a operadora oferece mas que não estão contemplados no Rol.

2. Número de expostos: resultado (desprezando-se as casas decimais) do somatório de todos os dias de exposição em que cada beneficiário do plano 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:

Número de expostos = (n.º de dias de exposição do beneficiário 1 durante o período devido + n.º de dias de exposição do beneficiário 2 durante o período devido + ... + n.º de dias de exposição do beneficiário "n" durante o período devido) / (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 de expostos = (n.º de expostos no primeiro dia do período devido + ... + n.º de expostos no último dia do período devido) / (n.º de dias do período devido).

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.

Por exemplo: um beneficiário que tem o direito a consultas médicas é um exposto para o item de despesa assistencial "Consultas médicas" e pode não ser um exposto para o item de despesa "Exames complementares", caso não tenha cumprido o período de carência estabelecido para exames complementares.

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 complementares”, 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 de cada item de despesa assistencial realizada no período.

4. Total de despesa: é o gasto total da operadora nos itens de despesas **assistenciais** definidos, descontados os valores de glosas 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.

Para as Seguradoras especializadas em planos privados de assistência à saúde devem ser feitas as seguintes correlações:

1) Preencher com valores de “Sinistro” onde estiver indicado o preenchimento com valores de “Evento”;

2) Preencher com valores de “Despesas com sinistro” onde estiver indicado o preenchimento com valores de “Despesa com evento”.

Para cada um dos itens “Consultas médicas”, “Exames complementares”, “Terapias”, “Outros atendimentos ambulatoriais” e “Internações” devem ser consideradas as seguintes contas:

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

ITENS DE DESPESA	CONTA
(+) Evento	41111 a 41119
(-) Glosas	41211 a 41219
(+) IBNR/Eventos ocorridos e não avisados	41411 a 41419

No caso de B.N.E.:

ITENS DE DESPESA	CONTA
(+) Repasse de eventos	41231 a 41238

Para cada um dos itens "Consultas odontológicas", "Exames odontológicos complementares", "Procedimentos de periondontia", "Procedimentos odontológicos preventivos", "Procedimentos de dentística", "Procedimentos de cirurgia odontológica ambulatorial" e "Procedimentos de endodontia", devem ser consideradas as seguintes contas:

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

ITENS DE DESPESA	CONTA
(+) Evento	41121 a 41129
(-) Glosas	41221 a 41229
(+) IBNR/Eventos ocorridos e não avisados	41421 a 41429

No caso de B.N.E.:

ITENS DE DESPESA	CONTA
(+) Repasse de eventos	41241 a 41248

➤ Para o item "Outros procedimentos odontológicos", devem ser consideradas as seguintes contas:

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

ITENS DE DESPESA	CONTA
(+) Evento	41121 a 41129 *
(-) Glosas	41221 a 41229 *
(+) IBNR/Eventos ocorridos e não avisados	41421 a 41429 *
(+) Demais desp. com eventos	41141 a 41148 **

* desde que não lançadas em "Consultas odontológicas iniciais", "Exames odontológicos complementares", "Procedimentos odontológicos preventivos", "Procedimentos de periondontia", "Procedimentos de dentística", "Procedimentos de cirurgia odontológica ambulatorial", "Exodontias", "Procedimentos de endodontia" ou "Outros procedimentos odontológicos".

** desde que componham o ato odontológico.

No caso de B.N.E.:

ITENS DE DESPESA	CONTA
(+) Repasse de eventos	41241 a 41248 *

*desde que não lançadas em "Consultas odontológicas iniciais", "Exames odontológicos complementares", "Procedimentos odontológicos preventivos", "Procedimentos de periodontia", "Procedimentos de dentística", "Procedimentos de cirurgia odontológica ambulatorial", "Exodontias", "Procedimentos de endodontia" ou "Outros procedimentos odontológicos".

➤ Para o item "Demais despesas assistenciais", devem ser consideradas as seguintes contas:

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

ITENS DE DESPESA	CONTA	CONTA
	ODONTOLÓGICA	MÉDICO-HOSPITALAR
(+) Eventos / Demais despesas assistenciais	41141 a 41148 *	41116 e 41117 *
(-) Glosas / Demais despesas assistenciais	412252 a 412272 *	41216 e 41217 *
(+) IBNR / Demais despesas assistenciais	41126 e 41427 *	41416 e 41417 *
(+) Demais despesas com eventos	41141 a 41148 e 4129 *	41131 a 41138 e 4128 *

* desde que compoñham o ato de assistência à saúde.

No caso de B.N.E.:

ITENS DE DESPESA	CONTA	CONTA
	ODONTOLÓGICA	MÉDICO-HOSPITALAR
(+) Repasse de eventos	41241 a 41248 *	41241 a 41248 **
(+) Demais despesas assistenciais	41246 e 41247 *	41236 e 41237 **

* desde que não lançadas em "Consultas odontológicas iniciais", "Exames odontológicos complementares", "Procedimentos odontológicos preventivos", "Procedimentos de periodontia", "Procedimentos de dentística", "Procedimentos de cirurgia odontológica ambulatorial", "Exodontias", "Procedimentos de endodontia" ou "Outros procedimentos odontológicos".

** desde que não lançadas nos itens de despesa "Consultas médicas", "Exames complementares", "Terapias", "Outros atendimentos ambulatoriais" e "Internações".

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 as Seguradoras especializadas em planos privados de assistência à saúde deve ser feita a seguinte correlação:

Preencher com valores recebidos por "co-obrigações de segurados" o campo relativo a "Participação dos beneficiários em eventos indenizáveis".

Para este item devem ser consideradas as seguintes contas:

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

ITENS DE DESPESA	CONTA	CONTA
	ODONTOLÓGICA	MÉDICO-HOSPITALAR
(+) Outros atendimentos ambulatoriais	41321*	41311**
(+) Exames complementares		
(+) Terapias		
(+) Internações		
(+) Consultas	41321*	41311**
(+) Demais despesas assistenciais		

* desde que não lançadas em "Consultas odontológicas iniciais", "Exames odontológicos complementares", "Procedimentos odontológicos preventivos", "Procedimentos de periodontia", "Procedimentos de dentística", "Procedimentos de cirurgia odontológica ambulatorial", "Exodontias", "Procedimentos de endodontia" ou "Outros procedimentos odontológicos".

** desde que não lançadas nos itens de despesa "Consultas médicas", "Exames complementares", "Terapias", "Outros atendimentos ambulatoriais" e "Internações".

6. Recuperação de eventos indenizáveis – seguros: valor total, expresso em real, proveniente de pagamentos realizados à operadora por terceiros a título de recuperação por indenização de seguros.

Stop Loss - Seguro destinado a cobrir despesas a partir de um determinado valor.

Para as Seguradoras especializadas em planos privados de assistência à saúde deve ser feita a seguinte correlação:

Preencher com valores recebidos por "Recuperação de sinistros em co-seguro e resseguro" o campo relativo a "Recuperação de eventos indenizáveis: seguro".

Para este item devem ser consideradas as seguintes contas:

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

ITENS DE DESPESA	CONTA	CONTA
	ODONTOLÓGICA	MÉDICO-HOSPITALAR
(+) Outros atendimentos ambulatoriais	41322 e 41328*	41312 e 41318**
(+) Exames Complementares		
(+) Terapias		
(+) Internações		

(+) Consultas		
(+) Demais despesas assistenciais	41322 e 41328*	41312 e 41318**

* desde que não lançadas em "Consultas odontológicas iniciais", "Exames odontológicos complementares", "Procedimentos odontológicos preventivos", "Procedimentos de periodontia", "Procedimentos de dentística", "Procedimentos de cirurgia odontológica ambulatorial", "Exodontias", "Procedimentos de endodontia" ou "Outros procedimentos odontológicos".

** desde que não lançadas nos itens de despesa "Consultas médicas", "Exames complementares", "Terapias", "Outros atendimentos ambulatoriais" e "Internações".

ANEXO II - A

Para todas as operadoras – por tipo de plano e grupo de beneficiário

1. Grupo de beneficiários	2. Quantidade	3. Total da Despesa Assistencial	4. Partic. Benef. em Eventos Indenizáveis: Co-participação	5. Recuperação de Eventos 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.): beneficiários da operadora cujo serviço de assistência à saúde é prestado majoritariamente por ela.

1.2 Beneficiários não expostos (B.N.E.): beneficiários da operadora cujo serviço de assistência à saúde é prestado majoritariamente por outra operadora.

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, expresso em real, dos itens referentes a despesa assistencial por tipo de plano e grupo de beneficiário.

2. Quantidade: somatório dos beneficiários por tipo de plano e grupo de beneficiário.

3. Total de Despesa Assistencial: é o gasto total da operadora nos itens de despesas **assistenciais** definidos, descontados os valores de glosas expressos em reais, por tipo de plano e grupo de beneficiários.

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, conforme estabelecido no item 4 do Anexo II.

4. 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, por tipo de plano e grupo de beneficiários.

Para as Seguradoras especializadas em planos privados de assistência à saúde deve ser feita a seguinte correlação:

Preencher com valores recebidos por "co-obrigações de segurados" o campo relativo a "Participação dos beneficiários em eventos indenizáveis".

5. Recuperação de eventos indenizáveis – seguros: valor total, expresso em real, proveniente de pagamentos realizados à operadora por terceiros a título de recuperação por indenização de seguros, por tipo de plano e grupo de beneficiários.

Stop Loss - Seguro destinado a cobrir despesas a partir de um determinado valor.

Para as Seguradoras especializadas em planos privados de assistência à saúde deve ser feita a seguinte correlação:

Preencher com valores recebidos por "Recuperação de sinistros em co-seguro e resseguro" o campo relativo a "Recuperação de eventos indenizáveis: seguro".

ANEXO III *

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 (inclui mastologia)	
1.11. Hematologia	
1.12. Nefrologia	
1.13. Neurocirurgia	
1.14. Neurologia	
1.15. Obstetrícia	
1.16. Oftalmologia	
1.17. Oncologia	
1.18. Otorrinolaringologia	
1.19. Pediatria	
1.20. Proctologia	
1.21. Psiquiatria	
1.22. Reumatologia	
1.23. Tisiopneumologia	
1.24. Traumatologia - ortopedia	
1.25. Urologia	
1.26. Outras	
2. Exames complementares	
2.1. Anatomopatologia	
2.2. Angiografia	
2.3. Densitometria óssea	
2.4. Ecocardiografia	
2.5. Eletrocardiograma	
2.6. Endoscopia das vias aéreas	
2.7. Endoscopia das vias digestivas	
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. Ultrassonografia	
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. Outros	
4. Internações	
4.1. Cirúrgica	
4.2. Clínica	
4.3. Obstétrica	
4.4. Pediátrica	
4.5. Psiquiátrica	
5. Saúde Mental	
5.1. Hospital-dia	
5.2. Psicoterapia	

* Informações devidas a partir do 3.º trimestre de 2005

1. Consultas médicas - atendimentos nas especialidades indicadas nos itens 1.1 a 1.26, prestados por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina, em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência, em que a despesa seja restrita ao ato da consulta nesta especialidade.

2. Exames complementares - exames realizados nas áreas indicadas nos itens 2.1 a 2.18, em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência, incluindo honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas.

3. Terapias - atendimentos com terapia nas áreas indicadas nos itens 3.1 a 3.8, em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência, incluindo honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas.

4. Internações - atendimentos realizados em regime hospitalar, incluindo despesas com hotelaria, honorários profissionais, medicamentos, materiais, taxas, terapias e exames ocorridos durante a internação, em enfermaria, quarto e unidades de terapia intensiva ou semi-intensiva, classificadas conforme o principal procedimento gerador identificado por ocasião da alta.

4.1 Internações Cirúrgicas – internações cirúrgicas em todas as faixas etárias.

4.2 Internações Clínicas - internações ocorridas em pacientes maiores de 18 anos.

4.3 Internações Obstétricas - internações decorrentes do ciclo gravídico-puerperal.

4.4 Internações Pediátricas - internações clínicas ocorridas em pacientes de até 18 anos.

4.5 Internações Psiquiátricas - internações psiquiátricas ocorridas em todas as faixas etárias.

5. Saúde Mental

5.1 Hospital-dia – número de beneficiários em regime de hospital-dia na especialidade de psiquiatria. A instituição do hospital-dia na assistência em saúde mental representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção e cuidados intensivos, por equipe multiprofissional, visando substituir a internação integral. A proposta técnica deve abranger um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas em até 5 dias da semana (de segunda a sexta-feira), com a carga horária de 8 horas diárias para cada paciente (Portaria Ministerial 224 de 29/01/1992 – Ministério da Saúde).

5.2 Psicoterapia – atendimento com técnicas especializadas no tratamento de problemas de ajustamento ao cotidiano ou de distúrbios mentais, realizado em regime ambulatorial, de caráter eletivo.

ANEXO IV

Para operadoras médico-hospitalares com ou sem assistência odontológica

1. Item	2. N° de Expostos	3. N° de Eventos
1.1. Parto normal		
1.2. Parto cesáreo		
1.3. Atendimento ao RN na sala de parto		
1.4. Nascido vivo prematuro		
1.5. Nascido vivo a termo		
1.6. Nascido morto		
1.7. Gravidez terminada em aborto		
1.8. Exame de pesquisa de sangue oculto nas fezes (50 a 69 anos)		
1.9. Exame colpocitopatológico de colo de útero de 1ª vez (25 a 59 anos)		
1.10. Mulheres que realizaram exame de mamografia (50 a 69 anos)		
1.11. Internação por amputação de membros inferiores por diabetes mellitus		

1.12. Internação por diabetes mellitus		
1.13. Internação por infarto agudo do miocárdio		
1.14. Internação por doença cerebrovascular		
1.15. Internação por neoplasia maligna de cólon e reto (50 a 69 anos)		
1.16. Internação por complicação no período de puerpério		
1.17. Internação por transtornos maternos na gravidez		
1.18. Internação por neoplasia maligna de mama feminina (50 a 69 anos)		
1.19. Internação por neoplasia maligna de colo de útero (25 a 59 anos)		
1.20. Internação por neoplasia maligna de próstata (50 a 69 anos)		
1.21. Óbito por diabetes mellitus		
1.22. Óbito por infarto agudo do miocárdio		
1.23. Óbito por infarto agudo do miocárdio em beneficiários internados pela mesma causa		
1.24. Óbito por doença cerebrovascular		
1.25. Óbito por doença do aparelho circulatório		
1.26. Óbito por causas mal definidas		
1.27. Óbito por neoplasia maligna de cólon e reto		
1.28. Óbito materno		
1.29. Óbito por neoplasia maligna de mama feminina		
1.30. Óbito por neoplasia maligna de colo de útero		
1.31. Óbito por neoplasia maligna de próstata		

1.1. Parto normal: procedimento no qual o conceito nasce por via vaginal.

1.2. Parto cesáreo: procedimento cirúrgico que inclui incisão abdominal durante o trabalho de parto.

1.3. Atendimento ao RN na sala de parto: internação em que tenha ocorrido atendimento ao recém nascido, na sala de parto, por pediatra, após o parto (normal ou cesáreo).

1.4. Nascido vivo prematuro: produto 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, manifesta algum sinal vital.

1.5. Nascido vivo a termo: produto da concepção, com idade gestacional igual ou superior a 37 semanas, que depois da expulsão ou da extração completa do corpo materno, manifesta algum sinal vital.

1.6. Nascido morto: 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 manifesta qualquer sinal de vida.

1.7. Gravidez terminada em aborto: internação determinada por gravidez terminada em aborto. É assim considerada a perda ou morte fetal ocorrida até o término da 27ª semana de gestação.

1.8. Exame de pesquisa de sangue oculto nas fezes: exame para a identificação da presença de sangue, não visível a olho nu nas fezes, em homens e mulheres, na faixa etária de 50 a 69 anos, no período considerado.

1.9. Exame colpocitopatológico de colo de útero de 1ª. vez: corresponde ao número de exames colpocitopatológicos de colo de útero (exame Papanicolaou) realizados pela primeira vez, na faixa etária de 25 a 59 anos, no período considerado. É o primeiro exame da mulher, no período analisado, desconsiderando os exames repetidos para a mesma beneficiária no mesmo período.

1.10. Mulheres que realizaram exames de mamografia: corresponde ao número de mulheres que realizaram exame de mamografia, na faixa etária de 50 a 69 anos, no período considerado. Exame de mamografia é o exame radiológico para a detecção de alterações do tecido mamário que serve ao rastreamento do câncer de mama realizado em mulheres.

1.11. Internação por amputação de membros inferiores por diabetes mellitus: número de internações por amputação de membros inferiores por diabetes mellitus, no período considerado. Amputação de membros inferiores por diabetes mellitus é a amputação, em qualquer nível, de membros inferiores, como complicação do diabetes mellitus, classificado como E 10 a E 14, do capítulo IV da CID-10.

1.12. Internação por diabetes mellitus: número de internações por diabetes mellitus, no período considerado. Internações por diabetes mellitus são internações hospitalares decorrentes de diabetes mellitus, classificadas como E 10 a E 14, do capítulo IV da CID-10.

1.13. Internação por infarto agudo do miocárdio: número total de internações por infarto agudo do miocárdio, no período considerado. Internações por infarto agudo do miocárdio são aqueles casos que demandam internação hospitalar, classificados entre os códigos I 21 a I 23, do capítulo IX, da CID-10.

1.14. Internação por doença cerebrovascular: número de internações por doenças cerebrovasculares, no período considerado. Internações por doenças cerebrovasculares são aqueles casos que demandam internação hospitalar, classificados entre I 60 a I 69 do capítulo IX da CID-10.

1.15. Internação por neoplasia maligna de cólon e reto: número de internações clínicas ou cirúrgicas por neoplasia maligna de cólon e reto, em homens e mulheres, na faixa etária de 50 a 69 anos, no período considerado. São consideradas neoplasias malignas de cólon e reto as alterações das células do tecido do colón e reto obtido por biópsia, identificadas através de exame histopatológico como lesão maligna, em qualquer fase de estadiamento, e classificados entre C 18 a C 20 no capítulo II da CID-10.

1.16. Internação por complicação no período de puerpério: número de internações determinadas por complicações no puerpério, no período considerado. Puerpério é o intervalo, geralmente de seis a oito semanas, compreendido entre a expulsão da placenta e o retorno dos órgãos reprodutivos a seu estado morfológico normal não gravídico. Complicações no período do puerpério são as internações cujo procedimento realizado é a histerectomia puerperal.

1.17. Internação por transtorno materno na gravidez: número de internação determinada por transtorno materno na gravidez, no período considerado. Transtorno materno relacionado à gravidez é definido como a ocorrência simultânea de gravidez e uma doença. A doença pode preceder ou seguir à concepção e pode ou não ter um efeito deletério na mulher grávida ou feto. São as internações cujos procedimentos realizados estão listados a seguir, no Sistema de Informações Hospitalares/MS:

- Cerclagem do colo uterino (35018011)
- Intercorrência obstétrica em gestante de alto risco (35031018)
- Intercorrência obstétrica em atendimento secundário (35032014)
- Infecção ap. genital durante gravidez (69000018)
- Infecção da parede abdominal pós-cesariana (69000034)
- Peritonite pós-cesariana (69000042)
- Pré-eclâmpsia grave (69000050)

- Eclâmpsia (69000069)
- Hiperemese gravídica (forma média) (69000077)
- Hiperemese gravídica (forma grave) (69000085)
- Infecção do parto e do puerpério (69000093)
- Falso trabalho de parto (69000107)
- Ameaça de aborto (69000115)
- Rotura prematura das membranas (69000123)
- Gravidez molar sem parto (69000131)
- Hemorragias da gravidez (69000140)
- Trabalho de parto prematuro (69000204)
- Intercorrências clínicas da gravidez gestante alto risco (69500010)
- Intercorrências clínicas com atendimento secundário gestante alto risco (69500029)

1.18. Internação por neoplasia maligna de mama feminina: número de internações clínicas ou cirúrgicas por neoplasia maligna de mama feminina, na faixa etária de 50 a 69 anos no período considerado. São consideradas neoplasias malignas de mama as lesões identificadas em exame histopatológico, ou cirurgicamente, em qualquer fase de estadiamento desta doença e classificadas como C 50 do capítulo II da CID-10 .

1.19. Internação por neoplasia maligna de colo de útero: número de internações clínicas ou cirúrgicas por neoplasia maligna de colo de útero, na faixa etária de 25 a 59 anos, no período considerado. São consideradas neoplasias malignas de colo de útero as lesões identificadas em exame colpocitopatológico ou cirurgicamente, em qualquer fase de estadiamento desta doença e classificadas como C 53 do capítulo II da CID-10.

1.20. Internação por neoplasia maligna de próstata: número de internações clínicas ou cirúrgicas por neoplasia maligna de próstata, na faixa etária de 50 a 69 anos, no período considerado. São consideradas neoplasias malignas de próstata as alterações das células do tecido da próstata obtido por biópsia, identificadas através de exame histopatológico como lesão maligna em qualquer fase de estadiamento e classificadas como C 61 no capítulo II da CID-10.

1.21. Óbito por diabetes mellitus: número total de óbitos por diabetes mellitus no universo de beneficiários da operadora no período considerado. Óbitos por diabetes mellitus são aqueles classificados entre E 10 a E 14 do capítulo IV da CID-10.

1.22. Óbito por infarto agudo do miocárdio: número total de óbitos por infarto agudo do miocárdio no universo de beneficiários da operadora, no período considerado. Óbitos

por infarto agudo do miocárdio são aqueles classificados com os códigos I 21 a I 23, do capítulo IX, da CID-10.

1.23. Óbito por infarto agudo do miocárdio em beneficiários internados pela mesma causa: número total de óbitos por infarto agudo do miocárdio em beneficiários internados pela mesma causa, no universo de beneficiários da operadora, no período considerado. Óbitos por infarto agudo do miocárdio são aqueles classificados com os códigos I 21 a I 23, do capítulo IX, da CID-10.

1.24. Óbito por doença cerebrovascular: número de óbitos por doenças cerebrovasculares no universo de beneficiários da operadora, no período considerado. Óbitos por doenças cerebrovasculares são aqueles classificados entre I 60 a I 69 do Capítulo IX da CID-10.

1.25. Óbito por doenças do aparelho circulatório: número total de óbitos por doenças do aparelho circulatório no universo de beneficiários da operadora, no período considerado. Óbitos por doenças do aparelho circulatório são aqueles classificados no Capítulo IX (I 00 a I 99) da CID-10.

1.26. Óbito por causas mal definidas: número de óbitos por causas mal definidas no universo de beneficiários da operadora, no período considerado. Óbitos por causas mal definidas são aqueles classificados no capítulo XVIII (sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte – R 00 a R 99) da CID –10.

1.27. Óbito por neoplasia maligna de cólon e reto: número de óbitos por neoplasia maligna de cólon e reto no universo de beneficiários da operadora, no período considerado. São consideradas neoplasias malignas de cólon e reto as alterações das células do tecido do colón e reto obtido por biópsia, identificadas através de exame histopatológico como lesão maligna em qualquer fase de estadiamento e classificadas como C 18 a C 20 no capítulo II da CID-10.

1.28. Óbito materno: número de mortes de mulheres por causas ligadas à gravidez, parto e puerpério dentro do período em questão, consideradas as mulheres em idade fértil, fora do período de carência, dos planos com cobertura obstétrica.

São mortes maternas as do Cap. XV do CID-10 (gravidez, parto e puerpério), incluídas as maternas de outros Cap. do CID: (i) doença causada pelo HIV desde que a mulher esteja grávida no momento da morte ou até 42 dias antes da morte; (ii) necrose pós-parto da hipófise; (iii) osteomalácia puerperal; (iv) tétano obstétrico; (v) transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério; (vi) mortalidade materna tardia para as mortes ocorridas no período após os 42 dias pós-parto e com menos de 1 ano pós parto, visando possibilitar também o conhecimento das mortes maternas ocorridas após o período de 42 dias.

1.29. Óbito por neoplasia maligna de mama feminina: número de óbitos em mulheres por neoplasia maligna de mama, no período considerado. São consideradas neoplasias malignas de mama as lesões identificadas em exame histopatológico, ou cirurgicamente, em qualquer fase de estadiamento desta doença e classificadas como C 50 do capítulo II da CID-10.

1.30. Óbito por neoplasia maligna de colo de útero: número de óbitos em mulheres por neoplasia maligna de colo de útero, no período considerado. São consideradas neoplasias malignas de colo de útero as lesões identificadas em exame colpocitopatológico, ou cirurgicamente, em qualquer fase de estadiamento desta doença e classificadas como C 53 no capítulo II da CID-10.

1.31. Óbito por neoplasia maligna de próstata: número de óbitos por neoplasia maligna de próstata em relação ao total de beneficiários do sexo masculino da operadora, em segmentações com assistência hospitalar, no período considerado. São consideradas neoplasias malignas de próstata as alterações das células do tecido da próstata obtido por biópsia, identificadas através de exame histopatológico como lesão maligna em qualquer fase de estadiamento e classificadas como C 61 do capítulo II da CID-10.

(*) Republicada por ter saído, no DOU nº 242, de 17-12-2004, Seção 1, pág. 77, com incorreção no original.