

# Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

RESOLUÇÃO-RDC Nº 29, DE 26 DE JUNHO 2000  
[Clique aqui para fazer o download da RDC 29](#)

## ANEXO V

### GLOSSÁRIO DA RDC N.º 29 DE 26 de Junho de 2000.

#### TERMOS E INSTRUÇÕES GERAIS

##### - ORIENTAÇÃO PARA PREENCHIMENTO -

A.Todos os campos devem ser preenchidos pela operadora, exceto onde explicitamente disposto em contrário.

B.Termos em *itálico* são aqueles que contém definição neste glossário.

C.Cada anexo possui um glossário específico a ser seguido, de modo que as definições apresentadas na seção de cada anexo dizem respeito exclusivamente às variáveis nele contidas.

##### 1.Planos

São os planos ou produtos privados de assistência à saúde definidos no Inciso I e no § 1º do art. 1º, da Lei n.º 9.656/98. Termos equiparados para efeito desta RDC.

##### 2.Operadora

É a pessoa jurídica definida no Inciso II do art. 1º, da Lei n.º 9.656/98, que mantenha os planos ou produtos privados de assistência à saúde definidos no Inciso I e no § 1º do art. 1º, da referida Lei.

##### 3.Beneficiário

É a pessoa física que, de acordo com os termos do contrato, tem o direito de usufruir de qualquer parte dos serviços de assistência à saúde contratados junto à operadora.

### GLOSSÁRIO DO ANEXO I-A

##### - ORIENTAÇÃO PARA PREENCHIMENTO -

A.Anexo a ser preenchido estratificando as informações por plano.

B.Este Anexo deverá ser preenchido com informações de todos os planos mantidos pela operadora, independente da sua forma de contratação (individual ou coletivo) ou data de comercialização (anterior ou posterior a 02 de janeiro de 1999).

C. As informações de cada plano deverão ocupar uma linha completa da tabela. As informações referentes ao plano seguinte deverão ser apresentadas na linha imediatamente inferior.

D.O total de linhas deste anexo deverá corresponder ao número total de planos mantidos pela operadora.

E.As informações constantes deste anexo deverão refletir a posição atualizada da operadora.

1. Nome do Plano (coluna A)

Nome fantasia do plano, conforme Relatório de Registro Provisório LRPS03, de acordo com o art. 7º da RDC n.º 4, de 18 de fevereiro de 2000. Para os planos não adaptados deverá ser preenchido o nome utilizado pela operadora na venda do produto, no relacionamento com os beneficiários, e constante do contrato.

- Inserir o nome fantasia.

2. N.º de Registro do Plano (coluna B)

Número de registro concedido para cada plano pelo Ministério da Saúde ou pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, através da emissão do Relatório de Registro Provisório LRPS03, quando existente, de acordo com o art. 7º da RDC n.º 4, de 18 de fevereiro de 2000.

-Inserir o número fornecido no LRPS03.

-Para os planos não adaptados à legislação, em que há ausência de n.º de registro do plano, preencher o campo com 999999999.

- Preencher sem a utilização de sinais gráficos como “ponto” ou “barra”.

3.Data de Início de Comercialização (colunas C e D)

É o mês e ano no qual foi firmado o primeiro contrato de prestação de serviços ou termo de adesão ao plano.

- Inserir mês no formato numérico mm

- Inserir ano no formato numérico aaaa.

- Na ausência de informação, preencher o campo mês com 01 e o campo ano com 1900.

4. Data de Término de Venda do Produto (colunas E e F)

É o mês e ano no qual foi firmado o último contrato de prestação de serviços ou termo de adesão ao plano.

- Inserir mês no formato numérico mm

- Inserir ano no formato numérico aaaa.

- Na ausência de informação, somente para os planos que não estejam sendo vendidos, preencher o campo mês com 88 e o campo ano com 8888.

- Para planos que ainda estejam sendo vendidos, preencher o campo mês com 99 e o campo ano com 9999.

5.Descritivo do Plano

Colunas a serem utilizadas para a descrição dos planos mantidos pela operadora.

5.1. Tipo de Contratação (coluna G)

Código do tipo de contratação do plano, conforme codificação da Tabela 2 Tipos

de Contratação do Anexo III da RDC n.º 4, de 18 de fevereiro de 2000.

-Inserir código

#### 5.2. Modalidade de Pagamento (coluna H)

São as modalidades de pagamento da contraprestação pecuniária, dividindo-se em pré-pagamento e pós-pagamento.

- Em caso de plano na modalidade de pré-pagamento, preencher com o número
- 1. Em caso de plano na modalidade de pós pagamento, preencher com o número
- 2.

#### 5.3.Segmentação (coluna I)

Código do tipo de segmentação assistencial do plano, conforme codificação da Tabela 1 Tipos de Segmentação Assistencial do Anexo III da RDC n.º 4, de 18 de fevereiro de 2000.

Para planos comercializados anteriormente a 02 de janeiro de 1999, deverá ser lançado o código referente a segmentação, de acordo com o disposto no § 1º do art. 4º da RDC n.º 10, de 03 de março de 2000.

-Inserir código

#### 5.4.Abrangência Geográfica (coluna J)

Código da abrangência geográfica do plano, conforme codificação da Tabela 3 Abrangência Geográfica do Anexo III da RDC n.º 4, de 18 de fevereiro de 2000.

-Inserir código

#### 5.5. Localização (coluna K)

Sigla das Unidades Federativas nas quais o plano oferece serviços de assistência à saúde, caso este apresente código de abrangência geográfica n.º 2, 3, 4 ou 5 constantes da Tabela 3 Abrangência Geográfica do Anexo III da RDC n.º 4, de 18 de fevereiro de 2000.

- Inserir seqüencialmente as siglas das unidades federativas onde há atuação, separando-as com ponto-e-vírgula.

- Caso o código de abrangência geográfica seja o n.º 1, o campo não deverá ser preenchido.

#### 5.6.Co-Participação (coluna L)

Mecanismo de regulação de uso definido no inciso II do art. 3º, da Resolução CONSU n.º 08, de 04 de novembro de 1998: "a parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora de plano ou produto privado de assistência à saúde e/ou operadora de plano odontológico, referente a realização do procedimento."

- Em caso de existência de mecanismo de co-participação, preencher com a letra "S". Caso contrário, preencher com a letra "N".

#### 5.7.Franquia (coluna M)

Mecanismo de regulação de uso definido no inciso I do art. 3º, da Resolução CONSU n.º 08, de 04 de novembro de 1998.

- Em caso de existência de mecanismo de franquia, preencher com a letra "S".  
Caso contrário, preencher com a letra "N".

#### 5.8.Livre Escolha (coluna N)

Oferecimento ao beneficiário da possibilidade de utilização de serviços assistenciais de prestadores de serviço não pertencentes às redes credenciada ou referenciada ao plano, mediante reembolso, parcial ou total, das despesas assistenciais por ele incorridas.

- Em caso de existência de livre escolha, preencher com a letra "S". Caso contrário, preencher com a letra "N".

#### 6.Coberturas Oferecidas

Refere-se às coberturas médico-hospitalar-odontológicas estipuladas em contrato de prestação de serviços de assistência à saúde.

Para os planos comercializados posteriormente a 02 de janeiro de 1999, devem ser preenchidos somente os campos internações enfermaria, internações apartamento e transportes ou remoções.

No caso dos planos comercializados anteriormente a 02 de janeiro de 1999, é obrigatório o preenchimento de todos os itens das coberturas oferecidas.

- Os campos referentes a cada uma das coberturas devem ser preenchidos de acordo com a seguinte codificação:

| Tabela de Codificação de Cobertura Oferecida                                                                                                                                                                                                                     |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Cobertura Oferecida                                                                                                                                                                                                                                              | Código |
| Não oferecimento (a cobertura não está estipulada em contrato)                                                                                                                                                                                                   | 1      |
| Oferecimento com limitação administrativa ao atendimento (a cobertura está estipulada em contrato, contudo possui mecanismos de regulação de uso, como <i>franquia</i> , <i>co-participação</i> , limite quantitativo de uso e autorização prévia, entre outros) | 2      |
| Oferecimento ilimitado (a cobertura está estipulada em contrato e não sofre qualquer tipo de limitação de uso, seja este pecuniário ou administrativo)                                                                                                           | 3      |

#### 6.1.Consultas Médicas (coluna O)

Atendimento realizado por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina, em consultório e/ou ambulatório, de caráter eletivo ou emergencial.

- Preencher com código específico de acordo com a tabela de codificação de cobertura oferecida.

#### 6.2.Atendimento Ambulatorial (coluna P)

Atendimentos de pequenos procedimentos realizados em ambulatório, exceto consultas.

- Preencher com código específico de acordo com a tabela de codificação de cobertura oferecida.

#### 6.3.Internações Enfermaria (coluna Q)

Internação do paciente em ambiente não exclusivo e com banheiro comum.

- Preencher com código específico de acordo com a tabela de codificação de cobertura oferecida.

#### 6.4. Internações Apartamento (coluna R)

Internação do paciente em ambiente exclusivo, apenas quando constar do contrato como cobertura.

- Preencher com código específico de acordo com a tabela de codificação de cobertura oferecida.

#### 6.5. Internações UTI (coluna S)

Internação do paciente em ambiente definido para cuidados intensivos.

- Preencher com código específico de acordo com a tabela de codificação de cobertura oferecida.

#### 6.6. Exames Complementares de Alto Custo (coluna T)

Atendimento dos seguintes exames complementares de alto custo, com ou sem internação: ressonância nuclear magnética, tomografia computadorizada, radiologia intervencionista (inclui estudos hemodinâmicos), dopplerfluxometria colorida, medicina nuclear, laparoscopia diagnóstica e exames genéticos.

- Preencher com código específico de acordo com a tabela de codificação de cobertura oferecida.

#### 6.7. Exames Complementares de Baixo Custo (coluna U)

Atendimento dos exames complementares, com ou sem internação, não incluídos nos exames complementares de alto custo.

- Preencher com código específico de acordo com a tabela de codificação de cobertura oferecida.

#### 6.8. Terapias (coluna V)

Atendimento de procedimentos de hemoterapia, radioterapia, quimioterapia e terapia renal substitutiva (CAPD e hemodiálise).

- Preencher com código específico de acordo com a tabela de codificação de cobertura oferecida.

#### 6.9. Tratamento Irrestrito de Patologias (coluna W)

Não exclusão do Tratamento de Patologias.

- Preencher com código específico de acordo com a tabela de codificação de cobertura oferecida.

#### 6.10. Obstetrícia (coluna X)

Atendimento obstétrico.

- Preencher com código específico de acordo com a tabela de codificação de cobertura oferecida.

## 6.11. Transportes ou Remoções (coluna Y)

Transportes ou remoções em ambulância simples ou UTI-móvel, em viatura terrestre e/ou aérea.

- Preencher com código específico de acordo com a tabela de codificação de cobertura oferecida.

**GLOSSÁRIO DO ANEXO I-B****- ORIENTAÇÃO PARA PREENCHIMENTO -**

A. Anexo a ser preenchido estratificando as informações por planos coletivos e CNPJ de cada contratante.

B. As informações deverão cobrir a totalidade dos planos coletivos mantidos pela operadora, bem como para a totalidade de contratantes de cada plano coletivo.

C. As informações constantes deste anexo deverão refletir a posição atualizada da operadora.

D. Os planos mantidos pela operadora devem ser apresentados em seqüência, conforme o exemplo abaixo:

| N.º de Linha | Nome do Plano | N.º de Registro do Plano | N.º de CNPJ do Contratante | % de Contribuição do Contratante | Taxa de Administração |
|--------------|---------------|--------------------------|----------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| 1            | "Standard"    | 123456789                | 5555555000555              | 1                                | 2                     |
| 2            | "Standard"    | 123456789                | 6666666000666              | 3                                | 3                     |
| 3            | "Standard"    | 123456789                | 7777777000777              | 1                                | 2                     |
| 4            | "Standard"    | 123456789                | 8888888000888              | 5                                | 9                     |
| 5            | "Super"       | 999999999                | 3333333000333              | 4                                | 7                     |
| 6            | "Super"       | 999999999                | 4444444000444              | 2                                | 1                     |
| 7            | "Super"       | 999999999                | 9999999000999              | 1                                | 1                     |
| 8            | ...           | ...                      | ...                        | ...                              | ...                   |

## 1. N.º de Linha

Coluna a ser numerada seqüencialmente, iniciando com o número 01 (hum) e sendo preenchida até a última linha de informações prestadas, de tal forma que o número da última linha seja equivalente ao total de linhas preenchidas pela operadora.

- Inserir numeração seqüencial a partir do número 01 (hum).

## 2. Nome do Plano (coluna A)

Nome fantasia do plano, vinculado ao Relatório de Registro Provisório LRPS03, de acordo com o art. 7º da RDC n.º 4, de 18 de fevereiro de 2000. Para os planos não adaptados deverá ser preenchido o nome utilizado pela operadora na venda e no relacionamento com os beneficiários do plano e constante do contrato.

- Inserir o nome fantasia.

## 3.N.º de Registro do Plano (coluna B)

Número de registro concedido para cada plano pelo Ministério da Saúde ou pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, através da emissão do Relatório de Registro Provisório LRPS03, quando existente, de acordo com o art. 7º da RDC n.º 4, de 18 de fevereiro de 2000.

- Inserir o número fornecido no LRPS03.
- Para os planos não adaptados à legislação, em que há ausência de n.º de registro do plano, preencher o campo com 999999999.
- Preencher sem a utilização de sinais gráficos como “ponto” ou “barra”.

## 4.N.º de CNPJ do Contratante (coluna C)

É o N.º de CNPJ da pessoa jurídica contratante dos serviços de assistência à saúde junto à operadora.

- Inserir o N.º de CNPJ do contratante. Preencher sem a utilização de sinais gráficos como “ponto” ou “barra”. Adicionalmente, considerar os zeros à esquerda no preenchimento do campo. Por exemplo, para o CNPJ N.º 00.123.456/0001-78, inserir 00123456000178.

## 5.% de Contribuição do Contratante (coluna D)

É o percentual da despesa total com prestação de serviços de assistência à saúde pago à operadora pela pessoa jurídica contratante, com recursos que excluem a participação financeira dos beneficiários.

- Preencher de acordo com a tabela abaixo:

| Faixa de Percentuais de Contribuição            | Código |
|-------------------------------------------------|--------|
| De 0% a 25%                                     | 1      |
| De 26% a 50%                                    | 2      |
| De 51% a 75%                                    | 3      |
| De 76% a 100%                                   | 4      |
| Existência de mais de uma faixa de contribuição | 5      |

## 6.Taxa de Administração (coluna E)

É o valor cobrado pela operadora a título de taxa de administração para planos coletivos sob a modalidade de pós-pagamento. A operadora deverá informar o valor cobrado por beneficiário a título de taxa de administração.

- Preencher com o valor cobrado por beneficiário a título de taxa de administração.

**GLOSSÁRIO DO ANEXO II****- ORIENTAÇÃO PARA PREENCHIMENTO -**

A.Anexo a ser preenchido estratificando as informações por item de despesa assistencial, considerando todos os planos mantidos pela operadora, independente da sua forma de contratação (individual ou coletivo) ou data de comercialização (anterior ou posterior a 02 de

janeiro de 1999).

B.O Anexo deverá ser preenchido em duas tabelas separadas, uma para cada um dos dois períodos que compõem o período de análise.

#### 1.Período de Análise

O Anexo II é composto de duas tabelas idênticas, cada uma relativa a um período de 12 meses. Assim que a operadora cadastrar todas as informações na pasta "Entrada" do arquivo disponível para download no site da ANS no endereço eletrônico <http://ans.saude.gov.br>, os campos deste Anexo relativos ao Período de Análise serão preenchidos automaticamente. O Período (2) refere-se aos 12 meses nos quais a operadora informa os dados para solicitar autorização de reajuste. O Período (1) refere-se aos 12 meses anteriores ao Período (2). Por exemplo, para uma solicitação de reajuste aplicado nos 12 meses a partir do mês de junho/2000, a operadora deverá preencher o Anexo II com informações disponíveis sobre os últimos 12 meses anteriores a junho de 2000, entendido como Período (2). O Período (1) deverá ser relativo a informações dos 12 meses anteriores ao período (2).

#### 2.Item de Despesa Assistencial

São os itens que compõem o total da despesa assistencial da operadora, ou seja, não deverão existir despesas assistenciais não incluídas nos itens constantes deste anexo. Adicionalmente, as despesas assistenciais da operadora não podem ser contabilizadas em mais de um item de despesa assistencial. Caso a operadora negocie suas despesas assistenciais com os prestadores de serviço mediante "pacotes de procedimentos", todas as despesas que compõem o referido "pacote" deverão ser distribuídas nos itens de despesa assistencial estabelecidos neste anexo.

##### 2.1.Atendimentos Ambulatoriais

Despesas com procedimentos realizados em ambulatório, de caráter eletivo ou emergencial, por profissional habilitado, incluindo honorários (exceto aqueles de consultas), material, medicamentos, taxas e gases eventualmente utilizados .

##### 2.2.Exames Complementares

Despesas com exames complementares de alto e baixo custo (exceto aqueles realizados durante internação), incluindo materiais, medicamentos, honorários médicos e taxas relacionadas aos procedimentos .

##### 2.3.Terapias

Despesas com hemoterapia, radioterapia, quimioterapia e terapia renal substitutiva (CAPD e hemodiálise), realizadas em ambulatório (não incluem as realizadas durante internação), incluindo materiais, medicamentos, honorários médicos e taxas relacionadas aos procedimentos.

##### 2.4.Hospital Dia

Despesas com procedimentos no regime de hospital dia caracterizado pela permanência do paciente em unidade hospitalar por período inferior a 24 (vinte e quatro) horas. Informar o total de despesas com hotelaria, gases medicinais, materiais e medicamentos, taxas, honorários e exames, em enfermaria e quarto. Não incluir as despesas com procedimentos relacionados no item 2.3 - Terapias. Não incluir também despesas com internação domiciliar ("home-care"), consultas e procedimentos fora do ambiente hospitalar.

##### 2.5.Internações

Despesas com internação hospitalar caracterizada pela permanência do paciente em uma unidade hospitalar por mais de 24 horas. Informar o total de despesas com hotelaria, gases medicinais, materiais e medicamentos, taxas, honorários, terapias e exames, em enfermaria, quarto e unidades intensivas.

#### 2.6.Consultas Médicas

Despesas com honorários decorrentes de consultas médicas, de caráter eletivo ou emergencial, realizadas por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina, em consultório e/ou ambulatório.

#### 2.7.Outras Despesas Assistenciais

Outras despesas assistenciais efetuadas e não passíveis de classificação nos 6 (seis) itens acima. Este item deve ser demonstrado em documento anexo, contendo no mínimo a descrição de cada item, a despesa total, em Reais, e a frequência de utilização observada.

#### 3.Número de Expostos (coluna A)

É o valor resultante do somatório de todos os dias de exposição em que cada um dos beneficiários do plano teve o direito de usufruir dos serviços de assistência à saúde do item de despesa assistencial, calculado para cada item de despesa assistencial, durante o período de análise, dividido pelo número de dias do período de análise, conforme ilustra a fórmula a seguir:

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

Alternativamente, o número de expostos pode ser calculado como o somatório do número de beneficiários expostos existentes em cada um dos dias do período de análise, dividido pelo número de dias do período de análise. Este cálculo é exemplificado pela fórmula a seguir:

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

- Inserir número de expostos.

#### 3.1.Dias de Exposição

É o número de dias, durante o período de análise, calculado individualmente para cada item de despesa assistencial, no qual o beneficiário teve o direito de usufruir do serviço de assistência à saúde. Deve ser observado que o usuário que estiver cumprindo carência deverá ser excluído do cálculo de exposição do item de despesa, pois não estará tendo o direito de usufruir do serviço.

#### 3.2.Exposto

O conceito de exposto, similarmente ao de dias de exposição, se aplica para cada um dos itens de despesa assistencial. É definido como o beneficiário que tem o direito de usufruir da assistência à saúde do item de despesa assistencial em questão.

Por exemplo: um beneficiário que tem o direito a consultas é um exposto para o item de despesa assistencial Consultas Médicas, podendo, entretanto, não ser um exposto para o item de despesa Exames Complementares (itens de despesa definidos no Anexo II).

## 4. Número de Beneficiários (coluna B)

É o número de beneficiários do total dos planos mantidos pela operadora. É medido pelo somatório do número mensal de beneficiários existentes no último dia útil de cada mês do período de análise cuja prestação de serviços à saúde foi paga à operadora, dividido pelo número de meses existentes no período de análise, conforme fórmula abaixo:

$$\text{Número de beneficiários} = (\text{n.º de beneficiários no último dia útil do primeiro mês do período de análise} + \text{n.º de beneficiários no último dia útil do segundo mês do período de análise} + \dots + \text{n.º de beneficiários no último dia útil do último mês do período de análise}) / (\text{n.º de meses do período de análise})$$

- Inserir número de beneficiários.

## 5. Número de Eventos (coluna C)

Somatório do número de eventos de cada item de despesa assistencial realizados no período. Para o item internações, será considerado como número de eventos o número de altas.

- Inserir número de eventos.

## 6. Número de Diárias de Internações (coluna D)

Número total de diárias pagas no item internação, no período de análise.

- Inserir número de Diárias de Internações.

## 7. Freqüência de Utilização (coluna E)

É o número de eventos, para cada item de despesa assistencial, dividido pelos respectivos números de expostos dentro do período de análise, conforme ilustra a fórmula a seguir:

$$\text{Freqüência de Utilização} = (\text{n.º de Eventos}) / (\text{n.º de Expostos})$$

- A freqüência de utilização será calculada automaticamente.

## 8. Total de Despesa Assistencial (coluna F)

É o gasto total da operadora, expresso em Reais, com o Item de Despesa Assistencial, excluídas as recuperações de glosas eventualmente realizadas.

- Inserir valor do total de despesa assistencial com o item de despesa assistencial.

## 9. Valor Médio do Item de Despesa Assistencial (coluna G)

É o valor médio, expresso em Reais, do item de despesa assistencial. É obtido dividindo-se o total de despesa assistencial do item de despesa assistencial pelo número de eventos do mesmo, conforme ilustra a fórmula a seguir:

$$\text{Valor médio do item de despesa assistencial} = (\text{valor total do item de despesa assistencial}) / (\text{número de eventos do item de despesa assistencial})$$

- O valor médio do item de despesa assistencial será calculado automaticamente.

## 10. Despesa Assistencial por Exposto (coluna H)

É a despesa, expressa em Reais, com o Item de Despesa Assistencial por exposto. É obtida pela multiplicação da Frequência de Utilização do item de despesa assistencial pelo Valor Médio do Item de Despesa Assistencial, conforme ilustra a fórmula a seguir:

Despesa Assistencial por Exposto = (frequência de utilização do item de despesa assistencial) x (Valor Médio do Item de Despesa Assistencial)

- O valor médio do item de despesa assistencial será calculado automaticamente.

#### 11. Recuperação de Co-participação por Exposto (coluna I)

É o valor, expresso em Reais, proveniente de outros pagamentos realizados pelos beneficiários à operadora, a título de co-participação, dividido pelo respectivo número de expostos.

- Inserir o valor, em Reais, do total de recuperação de co-participação por exposto.

#### 12. Recuperação de Seguros por Exposto (coluna J)

É o valor, expresso em Reais, proveniente de recuperação de despesas seguradas, dividido pelos respectivos números de expostos.

- Inserir o valor, em Reais, do total de recuperação de despesas seguradas por exposto.

#### 13. Recuperação de Resseguro e Co-Seguro por Exposto (coluna K)

É o valor, expresso em Reais, proveniente de recuperação de despesas resseguradas e/ou co-seguradas, dividido pelos respectivos números de expostos.

- Inserir o valor, em Reais, do total de recuperação de despesas resseguradas e/ou co-seguradas por exposto.

#### 14. Despesa Assistencial Líquida por Exposto (coluna L)

É a despesa assistencial por exposto, deduzida das receitas de recuperação com co-participações, seguros, resseguros e co-seguros.

- A despesa assistencial líquida por exposto será calculada automaticamente.

### GLOSSÁRIO DO ANEXO III

#### - ORIENTAÇÃO PARA PREENCHIMENTO -

A. Anexo a ser preenchido estratificando as informações por plano e por faixa etária.

B. Este Anexo deverá ser preenchido com informações de todos os planos mantidos pela operadora, independente da sua forma de contratação (individual ou coletivo) ou data de comercialização (anterior ou posterior a 02 de janeiro de 1999).

C. As informações constantes deste anexo deverão refletir a posição atualizada da operadora.

1. N.º de Linha

Coluna a ser numerada seqüencialmente, iniciando com o algarismo 01 (hum) e sendo preenchida até a última linha de informações prestadas, de tal forma que o número da última linha seja equivalente ao total de linhas preenchidas pela operadora.

- Inserir numeração seqüencial a partir do número 01 (hum).

## 2.Dados do Plano

Descritivo simplificado dos planos.

### 2.1. Nome do Plano (coluna A)

Nome fantasia do plano, vinculado ao Relatório de Registro Provisório LRPS03, de acordo com o art. 7º da RDC n.º 4, de 18 de fevereiro de 2000. Para os planos não adaptados deverá ser preenchido o nome utilizado pela operadora na venda e no relacionamento com os beneficiários do plano e constante do contrato.

- Inserir o nome fantasia.

### 2.2.N.º de Registro do Plano (coluna B)

Número de registro concedido para cada plano pelo Ministério da Saúde ou pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, através da emissão do Relatório de Registro Provisório LRPS03, quando existente, de acordo com o art. 7º da RDC n.º 4, de 18 de fevereiro de 2000.

- Inserir o número fornecido no LRPS03.

- Para os planos não adaptados à legislação, em que há ausência de n.º de registro do plano, preencher o campo com 999999999.

- Preencher sem a utilização de sinais gráficos como "ponto" ou "barra".

### 2.3.Faixas Etárias

Para os planos com registro provisório deverão ser detalhadas por plano todas as faixas etárias estabelecidas na Resolução CONSU n.º 06, de 4 de novembro de 1998. Para os planos não adaptados à legislação, deverão ser detalhadas por plano todas as faixas etárias estipuladas em cláusula contratual.

#### 2.3.1.Idade Inicial (coluna C)

Idade inicial de cada faixa etária do plano.

- Inserir a idade inicial de cada faixa etária do plano.

#### 2.3.2.Idade Final (coluna D)

Idade final de cada faixa etária do plano.

- Inserir a idade final de cada faixa etária do plano.

- Para a última faixa etária do plano, caso esta não tenha limite superior, preencher o campo com 999.

## 3.Beneficiários

### 3.1.Entrada (coluna E)

Quantidade de beneficiários que contrataram ou aderiram ao plano no período de análise. Em caso de produto que não tenha sido comercializado no período de análise, preencher com 0 (zero).

- Inserir a quantidade de beneficiários que contrataram ou aderiram ao plano no período de análise.

### 3.2.Saída (coluna F)

Quantidade de beneficiários que cancelaram ou tiveram cancelados contratos ou termos de adesão ao plano no período de análise.

- Inserir a quantidade de beneficiários que cancelaram contrato ou termo de adesão ao plano no período de análise.

### 3.3.Saldo (coluna G)

Quantidade de beneficiários existentes no plano no final do período de análise.

- Inserir a quantidade de beneficiários remanescentes no plano no final do período de análise.

## 4.Preços de Venda

Estes itens referem-se ao valor da primeira contraprestação pecuniária dos planos comercializados por venda. Para os planos na modalidade de pós pagamento, o valor preenchido refere-se à primeira mensalidade paga pelo beneficiário. Em caso de produto que não tenha sido comercializado por venda no período de análise, preencher os campos com 0 (zero).

### 4.1.Mínimo (coluna H)

Valor da menor contraprestação pecuniária definida nos contratos comercializados por venda no período de análise.

- Inserir, valor em Reais, da menor contraprestação pecuniária dos contratos comercializados por venda no período de análise.

### 4.2.Máximo (coluna I)

Valor da maior contraprestação pecuniária definida nos contratos comercializados por venda no período de análise.

- Inserir, valor em Reais, da maior contraprestação pecuniária dos contratos comercializados por venda no período de análise.

### 4.3.Média (coluna J)

Valor médio das contraprestações pecuniárias definidas nos contratos comercializados por venda no período de análise. Calculado como a média aritmética de todos os contratos vendidos ou termos de adesão firmados no período de análise.

- Inserir, valor em Reais, da média de contraprestações pecuniária dos contratos comercializados por venda no período de análise.

## GLOSSÁRIO DO ANEXO IV

- ORIENTAÇÃO PARA PREENCHIMENTO -

A. Este anexo deverá ser preenchido com informações de todos os planos mantidos pela operadora, independente da sua forma de contratação (individual ou coletivo) ou data de comercialização (anteriormente ou posteriormente a 02 de janeiro de 1999).

B. Para os campos onde não existem valores, preencher com 0 (zero).

1. Período de Análise

O Anexo IV deverá ser preenchido com informações relativas a dois períodos de 12 (doze) meses, em bases trimestrais. Os campos deste Anexo relativos a: Período de Análise, Período (2) e Período (1) serão preenchidos automaticamente assim que a operadora cadastrar todas as informações na pasta "Entrada" do arquivo disponível para download no site da ANS no endereço eletrônico <http://ans.saude.gov.br>. O Período (2) refere-se aos 12 meses nos quais a operadora informa o comportamento de suas receitas e despesas, em bases trimestrais, para solicitar autorização de reajuste. O Período (1) refere-se aos 12 meses imediatamente anteriores ao Período (2). Por exemplo, para uma solicitação de reajuste a ser aplicado nos 12 meses a partir do mês de junho/2000, a operadora deverá preencher o Anexo IV com informações que sobre os últimos 12 meses anteriores a junho/2000, entendido como Período (2).

2. Receitas

É o valor total, expresso em Reais, das contraprestações pecuniárias e outras receitas de planos.

2.1. Contraprestações Pecuniárias

É o valor total, expresso em Reais, livre de co-participações, sem qualquer desconto ou dedução adicional, das receitas provenientes de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com finalidade de garantir, sem limite financeiro, assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso e pagamento direto ao prestador.

2.2. Outras Receitas de Planos

É o valor total, expresso em Reais, livre de recuperações de seguro, resseguro ou co-seguro, proveniente de quaisquer outras receitas não compreendidas nas receitas de contraprestações pecuniárias.

3. Despesas

3.1. Despesas com Assistência Médico-Hospitalar

É o valor total, expresso em Reais, da despesa com assistência médica hospitalar deduzida da recuperação de despesa assistencial.

3.1.1. Despesas Assistenciais

É o valor, expresso em Reais, de todas as despesas relacionadas à prestação direta dos serviços de assistência à saúde. É composta pelos 6 (seis) itens de despesa assistencial definidos no Anexo II.

3.1.2. Recuperação de Despesas Assistenciais

É o valor total, expresso em Reais, da recuperação de despesas assistenciais através de co-participação efetuada pelos beneficiários e seguro, co-seguro ou resseguro contratados pela operadora com sociedades seguradoras ou resseguradoras.

### 3.2. Demais Despesas da Carteira de Planos

É o valor total, expresso em Reais, das despesas de comercialização e outras despesas operacionais da carteira de planos.

#### 3.2.1. Despesas de Comercialização

É o valor total, expresso em Reais, dos gastos incorridos, que tenham relação direta, com a promoção, venda, colocação e distribuição dos planos comercializados pela operadora.

#### 3.2.2. Outras Despesas Operacionais da Carteira de Planos

É o valor total, expresso em Reais, dos demais gastos diretos incorridos com a operação e comercialização de planos pela operadora e que não se configurem como Despesas de Comercialização ou Despesas Assistenciais.

### 3.3. Despesas Administrativas

É o valor total, expresso em Reais, dos gastos incorridos para a direção e gestão da operadora tais como: honorário da administração (Diretoria, Conselhos ou assemelhados); salários; indenizações; benefícios; treinamentos e encargos do pessoal com vínculo empregatício; remunerações e encargos sociais por serviços administrativos prestados por terceiros; despesas com localização e funcionamento da operadora; despesas com publicidade e propaganda institucional; despesas com publicação e comunicação; despesas com tributos; despesas legais e judiciais.

#### Observações:

1 -O regime e os fatos geradores para o preenchimento da planilha solicitada, referentes as receitas e despesas da carteira de planos, deverão ser idênticos aos utilizados pela operadora na contabilização dos fatos contábeis pertinentes ao último exercício fiscal encerrado.

2 -Não deverão ser informados as seguintes receitas e despesas da operadora: doações e contribuições filantrópicas; participação nos lucros; receitas financeiras; despesas financeiras; perda na realização de bens imóveis e de investimentos relevantes; e resultado de equivalência patrimonial.

3 Também não deverão ser informadas receitas e despesas de outras operações que não sejam decorrentes de comercialização de planos privados de assistência à saúde, a exceção das despesas administrativas da operadora, conforme o descritas no item 3.3.

volta

---