



RESOLUÇÃO - RDC N.º , DE ... DE DE 2001.

Estabelece regras para o envio de informações relativas à assistência prestada aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso da competência definida nos incisos XVIII, XIX e XXXI do art 4º da Lei 9961, de 28 de janeiro de 2000, e de acordo com o disposto no art. 20 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, adotou a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente determino a sua publicação:

Art. 1º A presente Resolução estabelece regras para o envio de informações relativas à assistência médico/hospitalar e odontológica oferecida por Planos Privados de Assistência à Saúde .

Art. 2º Para fins de aplicação do disposto nesta Resolução, as Operadoras serão classificadas da seguinte forma:

- I - Operadoras de Planos de assistência médico / hospitalar e odontológica:
 - a) Operadoras com até 100.000 beneficiários, e
 - b) Operadoras com mais de 100.000 beneficiários.
- II - Operadoras de Planos de assistência exclusivamente Odontológica:
 - a) Operadoras com até 20.000 beneficiários, e
 - b) Operadoras com mais de 20.000 beneficiários.

Art. 3º As operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão enviar as informações através da Internet, na forma do aplicativo disponível para download no endereço eletrônico www.ans.gov.br, de acordo com as instruções de preenchimento e com as definições contidas no glossário que compõe o anexo X desta Resolução.

Art. 4º As informações serão trimestrais, e deverão ser enviadas até o último dia útil do segundo mês subsequente ao trimestre informado, considerados os seguintes meses:

- I - 1º trimestre – meses de janeiro a março;
- II - 2º trimestre – meses de abril a junho;
- III - 3º trimestre – meses de julho a setembro, e
- IV - 4º trimestre – meses de outubro a dezembro.



Parágrafo único. Serão devidas as informações relativas ao 3º trimestre do corrente ano.

Art. 5º As informações deverão considerar, isoladamente, os seguintes tipos de planos e tipos de beneficiários:

- I - Planos Individuais e/ou familiares e/ou mantidos por autogestões não patrocinadas;
- II - Planos Coletivos com patrocinador, assim considerados os planos coletivos em que as contraprestações pecuniárias são total ou parcialmente pagas à operadora pela pessoa jurídica contratante;
- III - Planos Coletivos sem patrocinador, assim considerados os planos coletivos em que a integralidade das contraprestações pecuniárias é paga pelos beneficiários à operadora;
- IV – Beneficiários Expostos;
- V – Expostos Não Beneficiários, e
- VI – Beneficiários Não Expostos.

Art. 6º As Operadoras deverão informar o nome e registro profissional do Coordenador Médico de Informações em Saúde, podendo, posteriormente, ser exigida pela ANS auditoria das informações prestadas.

Art. 7º - As operadoras deverão enviar as seguintes informações:

- I - Anexo I : todas as operadoras que comercializam planos coletivos ;
- II - Anexo II: operadoras de planos de assistência médico / hospitalar e odontológica com até 100.000 beneficiários;
- III - Anexo III : operadoras de planos de assistência médico / hospitalar e odontológica com mais de 100.000 beneficiários;
- IV - Anexo IV : operadoras de planos de assistência exclusivamente odontológica com até 20.000 beneficiários;
- V - Anexo V: operadoras de planos de assistência exclusivamente odontológica com mais de 20.000 beneficiários;

Art. 8º As informações prestadas serão consolidadas pelo aplicativo na forma dos modelos de A a D que compõem os anexos de VI a IX desta Resolução.

Art. 9º Esta Resolução entrará em vigor a partir da data de sua publicação.



ANEXO I

OPERADORAS QUE COMERCIALIZAM PLANOS COLETIVOS

Nome do Plano	
N.º de Registro do Plano	
Modalidade de Contratação	
N.º Contrato ou Apólice	
Mês/ano de Início Período de Aplicação	
Mês/ano Final Período de Aplicação	
Mês/ano de Início de Análise dos Dados	
Mês/ano Final de Análise dos Dados	
Percentual de Reajuste	
N.º de Beneficiários	
Justificativa Técnica:	

ANEXO II

OPERADORAS COM ATÉ 100.000 BENEFICIÁRIOS QUE COMERCIALIZAM PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO / HOSPITALAR E ODONTOLÓGICA

N.º de Beneficiários no último mês do trimestre (**):				
N.º de Beneficiárias do sexo feminino, de 15 a 49 anos:				
N.º de saídas do Plano por Óbito, sexo feminino, de 15 a 49 anos:				
Item de Despesa	N.º de Expostos (*)	N.º de Eventos (***)	Total de Despesa (***)	Recuperação de Indenização de Despesa Assistencial (***)
Atendimentos Ambulatoriais				
Exames Complementares				
Terapias				
Internações				
Parto Normal				
Parto Cesárea				
Atendimento ao RN na sala parto				
Consultas Médicas				
Demais Despesas Assistenciais				
Despesas não Assistenciais				

ANEXO III

OPERADORAS COM MAIS DE 100.000 BENEFICIÁRIOS QUE COMERCIALIZAM PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO / HOSPITALAR E ODONTOLÓGICA

Nº de Beneficiários no último mês do trimestre (**):						
Nº de Beneficiárias do sexo feminino, de 15 a 49 anos:						
Nº de saídas do Plano por Óbito, sexo feminino, de 15 a 49 anos:						
DESCRIÇÃO	Nº de Expostos (*)	Nº de Eventos (***)	Nº de Diárias de internação (***)	Total de Despesa (***)	Participação dos Beneficiários em Eventos Indenizáveis: Co-participação (***)	Recuperação de Eventos Indenizáveis: Seguros (***)
Atendimentos Ambulatoriais						
Exames Complementares – Grupo I						
Exames Complementares – Grupo II						
Terapias – Grupo I						
Terapias – Grupo II						
Internações						
Diárias – Quarto / Enfermaria						
Diárias – UTI / Semi-Intensiva						
Parto Normal						
Parto Cesárea						
Atendimento ao RN na sala de parto						
Nascido vivo						
Nascido morto						
Gravidez terminada em aborto (CID O00-O99)						
Transtornos maternos relacionados à gravidez (O10-O75, O98 e O99)						
Complicações no período de puerpério (O95-O99)						
Consultas Médicas						
Demais Despesas Assistenciais						
Despesas não Assistenciais						

ANEXO IV

OPERADORAS QUE COMERCIALIZAM PLANOS DE ASSISTÊNCIA EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICA COM ATÉ 20.000 BENEFICIÁRIOS

Nº de Beneficiários no último mês do trimestre (**):				
ITEM DE DESPESA	Nº DE EXPOSTOS (*)	Nº DE EVENTOS (***)	TOTAL DE DESPESA (***)	RECUPERAÇÃO DE INDENIZAÇÃO DE DESPESA ASSISTENCIAL (***)
Consultas Odontológicas				
Exames Complementares				
Procedimentos Preventivos				
Demais Procedimentos do Rol				
Total das Desp.Assistenciais Pertencentes ao Rol				
Outras Desp.Assistenciais Não Pertencentes ao Rol				
Despesas não assistenciais				

ANEXO V

OPERADORAS QUE COMERCIALIZAM PLANOS DE ASSISTÊNCIA EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICA COM MAIS DE 20.000 BENEFICIÁRIOS

Nº de Beneficiários no último mês do trimestre (**):					
ITEM DE DESPESA	Nº DE EXPOSTOS (*)	Nº DE EVENTOS (***)	TOTAL DE DESPESA (***)	Participação dos Beneficiários em Eventos Indenizáveis: Co-participação (***)	Recuperação de Eventos Indenizáveis: Seguros (***)
Consultas Odontológicas					
Exames Complementares					
Procedimentos Preventivos					
Procedimentos de Periodontia					
Procedimentos de Dentística					
Procedimentos de Cirurgia Ambulatorial					
Procedimentos de Endodontia					
Total Desp. Assistenciais Pertencentes ao Rol					
Outras Desp. Assistenciais não pertencentes ao					

Rol					
Despesas não Assistenciais					



ANEXO VI - MODELO A

RELATÓRIOS DE ACOMPANHAMENTO DA ASSISTÊNCIA MÉDICO/HOSPITALAR E ODONTOLÓGICA
(COM ATÉ 100.000 BENEFICIÁRIOS)

OPERADORA: _____ **Registro ANS:** _____

CARTEIRA: _____

PERÍODO: _____

Responsável Operadora _____ CPF: _____
 999.999.999/99
 Resp. Técnico Informações: _____ CR __ 999.999
 Auditor CRC: _____ CRC: 999999999

DESCRIÇÃO	1º trim. ano	2º trim. ano	3º trim. ano	4º trim. ano	Taxa Incremento do trim.	Incremento acumulad o ano
<p>Nº de Beneficiários último mês do trimestre Nº de Beneficiárias, sexo fem., 15 a 49 anos Nº de Saídas p/Óbito, sexo fem, 15 a 49 anos</p> <p>Expostos: Atendimentos Ambulatoriais Exames Complementares Terapias Internações Consultas Médicas Demais Despesas Assistenciais</p> <p>Eventos: Atendimentos Ambulatoriais Exames Complementares Terapias Internações Parto Normal Parto Cesárea Atendimento ao RN na sala de parto Taxa de Parto Normal Taxa de Parto Cesárea Taxa de Atendimento ao RN na sala de parto Parto Consultas Médicas Demais Despesas Assistenciais</p> <p>Total de Eventos</p> <p>Freqüência de utilização: Atendimentos Ambulatoriais Exames Complementares Taxa de solicitação de exames Terapias Taxa de solicitação de terapias Internações</p>						



Média de permanência
Consultas Médicas
Demais Despesas Assistenciais

Despesas:

Atendimentos Ambulatoriais
Exames Complementares
Terapias
Internações
Consultas Médicas
Demais Despesas Assistenciais

Total c/ Despesas Assistenciais

Despesas não Assistenciais

Total de Despesas

Continuação

DESCRIÇÃO	1º trim. ano	2º trim. ano	3º trim. ano	4º trim. ano	Taxa Incremento do trim.	Incremento acumulad o ano
<p>Valor Médio por Evento: Atendimentos Ambulatoriais Exames Complementares Terapias Internações Consultas Médicas Demais Despesas Assistenciais</p> <p>Valor Médio por Exposto: Atendimentos Ambulatoriais Exames Complementares Terapias Internações Consultas Médicas Demais Despesas Assistenciais</p> <p>Recuperação de Indenização de Despesa Assistencial: Atendimentos Ambulatoriais Exames Complementares Terapias Internações Consultas Médicas Demais Despesas Assistenciais</p> <p>Despesa Assistencial Líquida por Exposto: Atendimentos Ambulatoriais Exames Complementares Terapias Internações Consultas Médicas Demais Despesas Assistenciais</p>						



ANEXO VII - MODELO B

RELATÓRIOS DE ACOMPANHAMENTO DA ASSISTÊNCIA MÉDICO/HOSPITALAR E ODONTOLÓGICA
(COM MAIS DE 100.000 BENEFICIÁRIOS)

OPERADORA: _____ **Registro ANS:** _____

CARTEIRA: _____

PERÍODO: _____

Responsável Operadora _____ CPF: _____
 999.999.999/99
 Resp. Técnico Informações: _____ CR __ 999.999
 Auditor CVM: _____ CRC: 999999999

DESCRIÇÃO	1º trim. ano	2º trim. ano	3º trim. ano	4º trim. ano	Taxa Incremento do trim.	Incremento acumulad o ano
Nº de Beneficiários último mês do trimestre Nº de Beneficiárias, sexo fem, 15 a 49 anos Nº saídas p/Óbito, sexo fem., 15 a 49 anos Expostos: Atendimentos Ambulatoriais Exames Complementares – Grupo I Exames Complementares – Grupo II Terapias – Grupo I Terapias – Grupo II Internações Consultas Médicas Demais Despesas Assistenciais Eventos: Atendimentos Ambulatoriais Exames Complementares – Grupo I Exames Complementares – Grupo II Terapias – Grupo I Terapias – Grupo II Internações Diárias – Quarto / Enfermaria Diárias – UTI / Semi-Intensiva Parto Normal Parto Cesárea Atendimento ao RN na sala de parto Nascido vivo Nascido morto Gravidez terminada em aborto (CID O00-099) Transtornos maternos relacionados à gravidez (O10-O75, O98 e O99)						



Complicações no período de puerpério
(O95-O99)

Taxa de Parto Normal

Taxa de Parto Cesárea

Taxa de Atendimento ao RN na sala de parto

Consultas Médicas

Demais Despesas Assistenciais

Total de Eventos

Frequência de utilização:

Atendimentos Ambulatoriais

Exames Complementares – Grupo I

Exames Complementares – Grupo II

Taxa de solicitação exame diag. – Grupo I

Continuação

DESCRIÇÃO	1º trim. ano	2º trim. ano	3º trim. ano	4º trim. ano	Taxa Incremento do trim.	Incremento acumulad o ano
Taxa de solicitação exame diag. – Grupo II Terapias – Grupo I Terapias – Grupo II Taxa de solicitação de terapias – Grupo I Taxa de solicitação de terapias – Grupo II Internações Média de permanência Consultas Médicas Demais Despesas Assistenciais Despesas: Atendimentos Ambulatoriais Exames Complementares – Grupo I Exames Complementares – Grupo II Terapias – Grupo I Terapias – Grupo II Internações Consultas médicas Demais despesas assistenciais Total c/ despesas assistenciais Despesas não assistenciais Total de despesas Valor Médio por Evento: Atendimentos Ambulatoriais Exames Complementares – Grupo I Exames Complementares – Grupo II Terapias – Grupo I Terapias – Grupo II Internações Consultas Médicas Demais Despesas Assistenciais Valor médio por evento Valor Médio por Exposto: Atendimentos Ambulatoriais Exames Complementares – Grupo I Exames Complementares – Grupo II Terapias – Grupo I Terapias – Grupo II Internações Consultas Médicas Demais Despesas Assistenciais Valor médio por exposto Recuperação de Indenização de Despesa Assistencial: Atendimentos Ambulatoriais Exames Complementares – Grupo I Exames Complementares – Grupo II Terapias – Grupo I Terapias – Grupo II Internações						



Consultas Médicas
Demais Despesas Assistenciais
Taxa de Participação dos beneficiários
em eventos indenizáveis: Co-
participação
Taxa de Recuperação de Eventos
Indenizáveis: seguros

Continuação

DESCRIÇÃO	1º trim. ano	2º trim. ano	3º trim. ano	4º trim. ano	Taxa Increment o do trim.	Increment o acumulad o ano
Despesa Assistencial Líquida por Exposto: Atendimentos Ambulatoriais Exames Complementares – Grupo I Exames Complementares – Grupo II Terapias – Grupo I Terapias – Grupo II Internações Consultas Médicas Demais Despesas Assistenciais						



ANEXO VIII - MODELO C

RELATÓRIOS DE ACOMPANHAMENTO DA ASSISTÊNCIA EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICA
(com até 20.000 beneficiários)

OPERADORA: _____ Registro ANS: _____

CARTEIRA: _____

PERÍODO: _____

Responsável Operadora _____
999.999.999/99

CPF:

Auditor CRC: _____ CRC: 999999999

DESCRIÇÃO	1º trim	2º trim	3º trim.	4º trim.	Taxa Incremento do trim.	Incremento acumulado ano
Nº de Beneficiários ultimo mês do trimestre						
Expostos: Consultas Odontológicas Exames Complementares Procedimentos Preventivos Demais Procedimentos do Rol Outros proced. não pertencentes ao rol						
Eventos: Consultas Odontológicas Exames Complementares Procedimentos Preventivos Demais Procedimentos do Rol Outros proced. não pertencentes ao rol						
Freqüência de utilização: Consultas Odontológicas Exames Complementares Taxa de solicitação de exames Procedimentos Preventivos Taxa de procedimentos preventivos Demais Procedimentos do Rol Outros proced. não pertencentes ao rol						
Despesas: Consultas Odontológicas Exames Complementares Procedimentos Preventivos Demais procedimentos do rol Outros proced. não pertencentes ao rol Total da Assistência c/ proced. não rol						
Valor Médio por Evento Consultas Odontológicas Exames Complementares						



Procedimentos Preventivos
Demais procedimentos do rol
Outros proced. não pertencentes ao rol
Valor médio por evento

Continuação

DESCRIÇÃO	1º trim	2º trim	3º trim.	4º trim.	Taxa Incremento do trim.	Incremento acumulado ano
<p>Valor Médio por Exposto: Consultas Odontológicas Exames Complementares Procedimentos Preventivos Demais procedimentos do rol Outros proced. não pertencentes ao rol Valor médio por exposto</p> <p>Recuperação de Indenização de Desp. Assistência Consultas Odontológicas Exames Complementares Procedimentos Preventivos Demais procedimentos do rol Outros proced. não pertencentes ao rol Taxa de recuperação de Indenização c/ Desp. Assistencial</p> <p>Despesa Assistencial Líquida por Exposto Consultas Odontológicas Exames Complementares Procedimentos Preventivos Demais procedimentos do rol Outros proced. não pertencentes ao rol</p>						



ANEXO IX - MODELO D

RELATÓRIOS DE ACOMPANHAMENTO DA ASSISTÊNCIA EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICA
(com mais de 20.000 beneficiários)

OPERADORA: _____ Registro ANS: _____

CARTEIRA: _____

PERÍODO: _____

Responsável Operadora _____
999.999.999/99

CPF:

Auditor CRC: _____ CRC: 999999999

DESCRIÇÃO	1º trim. Ano	2º trim. ano	3º trim. ano	4º trim. Ano	Taxa Increment o do trim.	Increment o acumulad o ano
Nº de Beneficiários último mês do trimestre Expostos: Consultas Odontológicas Exames Complementares Procedimentos Preventivos Procedimentos de Periodontia Procedimentos de Dentística Procedimentos de Cirurgia Ambulatorial Procedimentos de Endodontia Outros proced. não pertencentes ao rol Eventos: Consultas Odontológicas Exames Complementares Procedimentos Preventivos Procedimentos de Periodontia Procedimentos de Dentística Procedimentos de Cirurgia Ambulatorial Procedimentos de Endodontia Outros proced. não pertencentes ao rol Frequência de utilização: Consultas Odontológicas Exames Complementares Procedimentos Preventivos Procedimentos de Periodontia Procedimentos de Dentística Procedimentos de Cirurgia Ambulatorial Procedimentos de Endodontia Outros proced. não pertencentes ao rol						

|

Continuação

DESCRIÇÃO	1º trim. ano	2º trim. ano	3º trim. ano	4º trim. Ano	Taxa Incremento do trim.	Incremento o acumulad o ano
<p>Despesas:</p> <p>Consultas Odontológicas Exames Complementares Procedimentos Preventivos Procedimentos de Periodontia Procedimentos de Dentística Procedimentos de Cirurgia Ambulatorial Procedimentos de Endodontia Outros proced. não pertencentes ao rol Despesas não assistenciais</p> <p>Valor Médio por Evento</p> <p>Consultas Odontológicas Exames Complementares Procedimentos Preventivos Procedimentos de Periodontia Procedimentos de Dentística Procedimentos de Cirurgia Ambulatorial Procedimentos de Endodontia Outros proced. não pertencentes ao rol</p> <p>Valor Médio por Exposto:</p> <p>Consultas Odontológicas Exames Complementares Procedimentos Preventivos Procedimentos de Periodontia Procedimentos de Dentística Procedimentos de Cirurgia Ambulatorial Procedimentos de Endodontia Outros proced. não pertencentes ao rol Valor médio por exposto</p> <p>Participação dos Beneficiários em Eventos Indenizáveis: Co-participação</p> <p>Consultas Odontológicas Exames Complementares Procedimentos Preventivos Procedimentos de Periodontia Procedimentos de Dentística Procedimentos de Cirurgia Ambulatorial Procedimentos de Endodontia Outros proced. não pertencentes ao rol</p> <p>Recuperação de Eventos Indenizáveis: Seguros</p> <p>Consultas Odontológicas Exames Complementares Procedimentos Preventivos Procedimentos de Periodontia</p>						



Procedimentos de Dentística
Procedimentos de Cirurgia Ambulatorial
Procedimentos de Endodontia
Outros proced. não pertencentes ao rol

Continuação

DESCRIÇÃO	1º trim. ano	2º trim. ano	3º trim. ano	4º trim. Ano	Taxa Incremento do trim.	Incremento acumulad o ano
Despesa Assistencial Líquida por Exposto Consultas Odontológicas Exames Complementares Procedimentos Preventivos Procedimentos de Periodontia Procedimentos de Dentística Procedimentos de Cirurgia Ambulatorial Procedimentos de Endodontia Outros proced. não pertencentes ao rol Taxa de Recuperação de desp. Assistencial						

Anexo X – Glossários

GLOSSÁRIO PARA PREENCHIMENTO DO ANEXO I

1. Nome do Plano

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.

2. N.º de Registro do Plano

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. Para os planos não adaptados, sem número de registro, preencher o campo com 999.999.999.

3. Modalidade de Contratação

- Os campos referentes aos tipos de planos devem ser preenchidos de acordo com a seguinte codificação:

Plano	Código
Plano Coletivo com Patrocínio	1
Plano Coletivo sem Patrocínio	2

4. N.º do contrato ou apólice

É o n.º do contrato ou da apólice firmado entre a operadora e a pessoa jurídica contratante.

5. Mês/Ano Início Período de Aplicação

Mês e ano no qual será iniciado o período de aplicação do reajuste sobre a contratante

6. Mês/Ano Final Período de Aplicação

Mês e ano no qual será finalizado o período de aplicação do reajuste sobre a contratante

7. Mês/Ano Início Período de Análise

Mês e ano no qual foi iniciado o período de análise do plano para definição do percentual de reajuste a ser aplicado sobre a contratante.

8. Mês/Ano Final Período de Análise

Mês e ano no qual foi finalizado o período de análise do plano para definição do percentual de reajuste a ser aplicado sobre a contratante.

9. Percentual de Reajuste

É o percentual de reajuste aplicado pela operadora ao contrato ou apólice.

10. Número de Beneficiários



É o número de beneficiários em cada contrato objeto de reajuste, mensurado no último dia útil do mês anterior à aplicação do referido reajuste.

11. Justificativa Técnica

É a fundamentação técnica do percentual de reajuste aplicado pela operadora.

GLOSSÁRIO PARA PREENCHIMENTO DOS ANEXOS II E III

Este anexo deverá ser preenchido para as operadoras que operam planos de assistência médica/hospitalar e planos de assistência odontológica.

1- Período de Análise

Os anexos deverão ser preenchidos com informações relativas ao período trimestral definido no Art. 4º desta resolução.

2- Detalhamento das Informações por Massa de Beneficiários:

Observação: para efeito desta Resolução, considera-se beneficiários as pessoas físicas que tenham contratado o plano privado de assistência à saúde ou tenham aderido a plano coletivo contratado por pessoa jurídica junto à operadora.

2.1 Beneficiários Expostos (B.E.)

São os beneficiários da operadora que têm o serviço de assistência à saúde fornecido majoritariamente pela operadora contratada.

2.2 Expostos Não Beneficiários (E.N.B)

São os beneficiários de outra operadora mas que têm o serviço de assistência à saúde fornecido majoritariamente pela operadora em questão. Ou seja, a operadora em questão presta o serviço de assistência à saúde a este grupo de beneficiários de outra operadora.

2.3 Beneficiários Não Expostos (B.N.E.)

São os beneficiários da operadora mas que têm o serviço de assistência à saúde fornecido majoritariamente por outra operadora. Ou seja, a operadora em questão repassa a prestação do serviço de assistência à saúde destes beneficiários a outra operadora.

As colunas da tabela poderão ser abertas em demais colunas, quando indicado na tabela, de acordo com a seguinte codificação:

(*): abertura em duas colunas, uma para B.E. e outra para E.N.B.

(**): abertura em duas colunas, uma para B.E. e outra para B.N.E.

(***): abertura em três colunas, uma para B.E. , e as demais para E.N.B. e B.N.E.

Estes anexos (II e III) deverão ser preenchidos pelas seguintes carteiras:

- Carteira de Produtos Individuais
- Carteira de Produtos Coletivos sem Patrocínio da Pessoa Jurídica
- Carteira de Produtos Coletivos sem Patrocínio da Pessoa Jurídica

Operadoras com até 100.000 beneficiários: para estas operadoras as informações referentes à massa de Beneficiários Não Expostos (B.N.E.) poderá ser informada através de totais, ao invés de classificada em cada um dos itens de despesas definidos abaixo.

3- Item de Despesa

É um subconjunto das despesas da operadora. Todas as despesas assistenciais da operadora deverão estar incluídas nos itens constantes deste anexo. As despesas assistenciais da operadora não deverão ser informadas em mais de um item, de forma a se evitar dupla contagem destas despesas. Caso a operadora negocie suas

despesas assistenciais com os prestadores de serviço mediante “pacotes de procedimentos” ou “captation” , todas as despesas que compõem os referidos “pacotes” ou “captation” deverão ser distribuídas nos itens de despesa assistencial estabelecidos neste anexo.

Todos os itens de despesa abaixo devem ser informados já descontados os valores de glosas.

Os itens abaixo devem respeitar a estrutura das contas constantes do Plano de Contas Padrão, ao qual se refere a RDC n.º 38, de 30 de outubro de 2000. Para cada um dos itens abaixo estão indicadas as contas correspondentes.

Sociedades Seguradoras em planos privados de assistência à Saúde: para as sociedades seguradoras deverão ser feitas as seguintes adaptações:

- 1) Preencher com valores de “Sinistro” onde indicado para se preencher com valores de “Evento”;
- 2) Preencher com valores de “Despesas com Sinistro” onde indicado para se preencher com valores de “Despesa com Evento”;
- 3) Preencher com valores de “Co-obrigações de segurados” onde indicado para se preencher com valores de “Participação dos Beneficiários em Eventos Indenizáveis: co-participação”;
- 4) Preencher com valores de “Recuperação de Sinistros em Co-seguro e Resseguro” onde indicado para se preencher com valores de “Recuperação de Eventos Indenizáveis: Seguro”;

Devem ser levadas em consideração as seguintes codificações para as informações de “Total de Despesa” da tabela.

Para cada um dos itens 3.1 a 3.7 definidos abaixo devem ser consideradas as seguintes contas:

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

(+)	41111 a 41119
Evento	
(-) Glosas	41211 a 41219
(+) IBNR	41411 a 41419

- No caso de B.N.E:

(+) Repasse de Eventos	41231 a 41238
------------------------	---------------

Para o item 3.8 devem ser consideradas as seguintes contas:

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

(+) Eventos Odontológicos	41121 a 41129
(-) Glosas Odontológicas	41221 a 41229
(+) IBNR Odont.	41421 a 41429
(+) Demais Desp.c/Eventos	41131 a 41138*

* desde que componham o ato médico

- No caso de B.N.E:

(+) Repasse de Eventos Odont	41241 a 41248
------------------------------	---------------

Para o item 3.9 devem ser consideradas as seguintes contas:

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

(+) Demais Desp.c/Eventos	41131 a 41138*
(+) Despesas de Comercialização	grupo 43
(+) Despesas Administrativas	grupo 46

* com exceção dos itens já informados em 3.8

- Instrução para Operadoras com até 100.000 beneficiários:

Para estas operadoras as informações referentes à massa de Beneficiários Não Expostos (B.N.E.) poderá ser informada através de totais. O Item de Despesa deverá ser preenchido de acordo com os itens de despesas definidos abaixo:

3.1 atendimentos Ambulatoriais

Despesas com procedimentos realizados em ambulatório, de caráter eletivo ou emergencial, e demais procedimentos realizados em caráter de urgência e emergência, em quaisquer estabelecimentos de saúde, por profissional habilitado, incluindo honorários profissionais (exceto aqueles de consultas médicas), materiais, medicamentos, taxas e gases eventualmente utilizados.

3.2 Exames Complementares

Despesas com exames complementares decorrentes de atendimento ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários médicos e taxas relacionadas aos procedimentos.

3.3. 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. As demais terapias deverão ser incluídas no item 3.6 - Demais Despesas Assistenciais.

3.4. Internações

Total de despesas com hotelaria, gases medicinais, materiais, medicamentos, taxas, honorários, terapias e exames ocorridos em: enfermaria, quarto e unidades de terapia intensiva ou semi-intensiva.

3.5. Consultas Médicas

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

3.6. Demais Despesas Assistenciais

Demais despesas com assistência médica e não classificadas nos itens de: atendimentos ambulatoriais, exames complementares, terapias, internações e consultas médicas.

3.7 Despesas não Assistenciais

Despesas não relacionadas a prestação da assistência direta ao beneficiário, portanto inclui-se as despesas administrativas, entre outras.

- Instrução para Operadoras com mais de 100.000 beneficiários:

O Item de Despesa deverá ser preenchido de acordo com os itens de despesas definidos abaixo:

3.1 Atendimentos Ambulatoriais

Despesas com procedimentos realizados em ambulatório, de caráter eletivo ou emergencial, e demais procedimentos realizados em caráter de urgência e emergência, em quaisquer estabelecimentos de saúde, por profissional habilitado, incluindo honorários profissionais (exceto aqueles de consultas médicas), materiais, medicamentos, taxas e gases eventualmente utilizados.

3.2 Exames Complementares Grupo 1

Despesas com os exames complementares: Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Hemodinâmica e Angiografias executados em Atendimentos Ambulatoriais, incluindo materiais, medicamentos, honorários médicos e taxas relacionadas aos procedimentos.

3.3 Exames Complementares Grupo 2

Despesas com exames complementares não incluídas no item Exames Complementares Grupo 1 executados em Atendimentos Ambulatoriais, incluindo materiais, medicamentos, honorários médicos e taxas relacionadas aos procedimentos.

3.4 Terapias Grupo 1

Despesas realizadas em ambulatório com Terapia Renal Substitutiva, Radioterapia, Quimioterapia do Câncer, Radiologia Intervencionista, Litotripsia, Hemoterapia, incluindo materiais, medicamentos, honorários médicos e taxas relacionadas aos procedimentos.

3.5 Terapias Grupo 2

Despesas com as demais terapias não incluídas no item Terapias Grupo 1, incluindo materiais, medicamentos, honorários médicos e taxas relacionadas aos procedimentos.

3.6 Internações

Informar a quantidade e o total de despesas com hotelaria, gases medicinais, materiais e medicamentos, taxas, honorários, terapias e exames ocorridos em: enfermaria, quarto e unidades de terapia intensiva ou semi-intensiva.

3.7 Consultas Médicas

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

3.8 Demais Despesas Assistenciais

Demais despesas com assistência médica e não classificadas nos itens de: atendimentos ambulatoriais, exames complementares grupo 1, exames

complementares grupo 2, terapias grupo 1, terapias grupo 2, internações e consultas médicas.

3.9 Despesas não Assistenciais

Despesas não relacionadas a prestação da assistência direta ao beneficiário, portanto inclui-se as despesas administrativas, entre outras.

4- Número de Expostos

É o valor resultante do somatório de todos os dias de exposição em que cada um dos usuários 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 **usuários** 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:

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

4.1. Dias de Exposição

É o número de dias, durante o período de análise, calculado individualmente para cada item de despesa assistencial, no qual o usuário 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.

4.2. 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 usuário que tem o direito de usufruir da assistência à saúde do item de despesa assistencial em questão.

Por exemplo: um usuário 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.

Caso haja procedimentos com prazos de carência diferentes dentro de um mesmo item de despesa, adotar para o item como um todo o maior prazo de carência dentre os procedimentos. 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 maior prazo que houver dentre estes exames.

(*) nas colunas referentes a B.E., E.N.B.: preencher do item 3.1 ao 3.8

5- Número de Beneficiários

É o número de beneficiários do total dos planos mantidos pela operadora. É medido pelo somatório do número de beneficiários existentes no último dia útil de cada mês

do período de análise, dividido pelo número de meses existentes no período de análise, conforme fórmula abaixo:

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

(**) nas colunas referentes a B.E. e B.N.E.: preencher do item 3.1 ao 3.9

6- Número de Eventos

É o somatório das ocorrências de cada item de despesa assistencial realizadas no período.

(***) Nas colunas referentes a B.E., E.N.B. e B.N.E.: preencher do item 3.1 ao 3.8

7- Número de Diárias de Internação

É o número de diárias de internação nos seguintes tipos de acomodações. Deverá ser informado somente pelas operadoras com mais de 100.000 beneficiários.

7.1 Quarto/Enfermaria

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

Quarto: Internação do paciente em ambiente exclusivo.

(***) B.E., E.N.B. e B.N.E.: preencher item 3.6

7.2 UTI/Semi-intensiva

Internação do paciente em ambiente definido para cuidados intensivos ou semi-intensivos.

(***) Nas colunas referentes a B.E., E.N.B. e B.N.E.: preencher item 3.6

8- Total de Despesa

É o gasto total da operadora, expresso em Reais, dos itens de despesa assistencial e não assistencial definidos acima.

(***) Nas colunas referentes a B.E., E.N.B. e B.N.E.: preencher do item 3.1 ao 3.9

9- Participação dos Beneficiários em Eventos Indenizáveis: Co-participação

Deverá ser informado somente pelas operadoras com mais de 100.000 beneficiários

É o valor, expresso em Reais, proveniente de outros pagamentos realizados pelos beneficiários à operadora, a título de Participação dos Beneficiários em Eventos Indenizáveis de Co-participação.

Para este item devem ser consideradas as seguintes contas:

(+) Assistência Médico-hospitalar (3.1 a 3.7)	41311
--	-------

(+) Assistência Odontológica (3.8)	41321
------------------------------------	-------

(***) Nas colunas referentes B.E., E.N.B.e B.N.E.: preencher do item 3.1 ao 3.8

10- Recuperação de Eventos Indenizáveis: Seguros

Deverá ser informado somente pelas operadoras com mais de 100.000 beneficiários

São os valores recuperados de eventos indenizáveis, advindos de seguros contratados pela operadora. Exemplo: valores recuperados de seguros "stop loss" para cirurgias cardíacas.

(***) Nas colunas referentes B.E., E.N.B.e B.N.E.: preencher do item 3.1 ao 3.8

11-Recuperação de Indenização de Despesa Assistencial

Deverá ser informado somente pelas operadoras com até 100.000 beneficiários

São os valores totais de Recuperação de Indenização de: Co-participação, Seguros, Resseguro e Co-Seguro.

GLOSSÁRIO PARA PREENCHIMENTO DOS ANEXOS IV E V

1. Período de Análise

Os anexos deverão ser preenchidos com informações relativas ao período trimestral definido no Art. 4º desta Resolução.

2. Detalhamento das Informações por Massa de Beneficiários:

Observação: para efeito desta Resolução, considera-se beneficiários as pessoas físicas que tenham contratado o plano privado de assistência à saúde ou tenham aderido a plano coletivo contratado por pessoa jurídica junto à operadora.

2.1 Beneficiários Expostos (B.E.)

São os beneficiários da operadora que têm o serviço de assistência à saúde fornecido majoritariamente pela operadora contratada.

2.2 Expostos Não Beneficiários (E.N.B)

São os beneficiários de outra operadora mas que têm o serviço de assistência à saúde fornecido majoritariamente pela operadora em questão. Ou seja, a operadora em questão presta o serviço de assistência à saúde a este grupo de beneficiários de outra operadora.

2.3 Beneficiários Não Expostos (B.N.E.)

São os beneficiários da operadora mas que têm o serviço de assistência à saúde fornecido majoritariamente por outra operadora. Ou seja, a operadora em questão repassa a prestação do serviço de assistência à saúde destes beneficiários a outra operadora.

As colunas da tabela poderão ser abertas em demais colunas, quando indicado na tabela, de acordo com a seguinte codificação:

- (*): abertura em duas colunas, uma para B.E. e outra para E.N.B.
 (**): abertura em duas colunas, uma para B.E. e outra para B.N.E.
 (***) : abertura em três colunas, uma para B.E. , e as demais para E.N.B. e B.N.E.

Estes anexos (IV e V) deverão ser preenchidos pelas seguintes carteiras:

- Carteira de Produtos Individuais
- Carteira de Produtos Coletivos sem Patrocínio da Pessoa Jurídica
- Carteira de Produtos Coletivos sem Patrocínio da Pessoa Jurídica

Operadoras com até 20.000 beneficiários: para estas operadoras as informações referentes à massa de Beneficiários Não Expostos (B.N.E.) poderá ser informada através de totais da tabela, ao invés de classificada em cada um dos itens de despesas definidos abaixo.

3. Item de Despesa

É um subconjunto das despesas da operadora. Todas as despesas assistenciais da operadora deverão estar incluídas nos itens constantes deste anexo. As despesas assistenciais da operadora não deverão ser informadas em mais de um item, de forma a se evitar dupla contagem destas despesas.

Todos os itens de despesas abaixo devem ser informados já descontados os valores de glosas.

Os itens abaixo devem respeitar a estrutura das contas constante do Plano de Contas Padrão, ao qual se refere a RDC n.º 38, de 30 de outubro de 2000. Para cada um dos itens abaixo estão indicadas as contas correspondentes.

Sociedades Seguradoras Sociedades Seguradoras em planos privados de assistência à Saúde: para as sociedades seguradoras deverão ser feitas as seguintes adaptações:

- 1)Preencher com valores de "Sinistro" onde indicado para se preencher com valores de "Evento";
- 2)Preencher com valores de "Despesas com Sinistro" onde indicado para se preencher com valores de "Despesa com Evento";
- 3) Preencher com valores de "Co-obrigações de segurados" onde indicado para se preencher com valores de "Participação dos Beneficiários em Eventos Indenizáveis: co-participação";
- 4) Preencher com valores de "Recuperação de Sinistros em Co-seguro e Resseguro" onde indicado para se preencher com valores de "Recuperação de Eventos Indenizáveis: Seguro";

Devem ser levadas em consideração as seguintes codificações para as informações de "Total de Despesa" da tabela.

Para cada um dos itens 3.1 a 3.7 definidos abaixo devem ser consideradas as seguintes contas:

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

(+) evento	41121 a 41129*
(-) Glosas	41221 a 41229*
(+) IBNR	41421 a 41429*

* Referentes a procedimentos constantes do rol de procedimentos odontológicos (RDC n.º 21, de 12 de maio de 2000)

- No caso de B.N.E:

(+) Repasse de Eventos	41241 a 41248*
------------------------	----------------

* Referentes a procedimentos constantes no rol de procedimentos odontológicos (RDC n.º 21, de 12 de maio de 2000)

Para o item 3.9 devem ser consideradas as seguintes contas:

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

(+) Evento	41121 a 41129*
(-) Glosas	41221 a 41229*
(+) IBNR	41421 a 41429*
(+) Demais Desp.c/Eventos	41141 a 41148 **

* Referentes a procedimentos não pertencentes ao rol de procedimentos

** desde que componham o ato odontológico

- No caso de B.N.E:

(+) Repasse de Eventos	41241 a 41248*
------------------------	----------------

* Referentes a procedimentos não pertencentes ao rol de procedimentos

Para o item 3.10 devem ser consideradas as seguintes contas:

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

(+) Despesas de Comercialização	grupo 43
(+) Despesas Administrativas	grupo 46
(+) Demais Desp.c/Eventos	41131 a 41138*

* com exceção dos itens já informados em 3.9

- Instrução para Operadoras com até 20.000 beneficiários:

Para estas operadoras as informações referentes à massa de Beneficiários Não Expostos (B.N.E.) poderá ser informada através de totais. O Item de Despesa deverá ser preenchido de acordo com os itens de despesas definidos abaixo:

3.1 Consultas Odontológicas

Despesas com honorários decorrentes de consultas odontológicas de caráter eletivo, emergencial ou pericial realizadas por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Odontologia.

Considera-se consulta odontológica aquela destinada a exames e diagnósticos para a elaboração do plano de tratamento, incluindo, anamnese, preenchimento de ficha clínica odontológica, diagnóstico das doenças e anomalias bucais do paciente, prognóstico e plano de pagamento.

3.2 Exames Complementares

Despesas com os seguintes exames complementares: radiografia periapical e "Bite-Wing".

3.3 Procedimentos Preventivos

Despesas com os seguintes procedimentos de prevenção em saúde bucal: orientações de higiene bucal, evidenciação de placa bacteriana, aplicação tópica profissional de flúor, aplicação de selante e profilaxia – polimento coronário.

3.4 Demais Procedimentos do Rol

Demais despesas assistenciais ocorridas com procedimentos pertencentes ao rol de procedimentos odontológicos, conforme RDC n.º 21 de 12 de Maio de 2000 e não especificadas nos 3 (três) itens acima.

3.5 Total das Despesas Assistenciais Pertencentes ao Rol

É o somatório de todas as despesas assistenciais pertencentes ao rol de procedimentos odontológicos, conforme RDC n.º 21 de 12 de Maio de 2000 (do item 3.1 ao item 3.4).

3.6 Outras Despesas Assistenciais não Pertencentes ao Rol

Outras despesas com assistência odontológica, como por exemplo procedimentos de ortodontia e próteses, e não classificadas nos itens de: consultas odontológicas, exames complementares, procedimentos preventivos e demais procedimentos do rol de procedimentos odontológicos, conforme RDC n.º 21 de 12 de Maio de 2000.

3.7 Despesas não Assistenciais

Despesas não relacionadas a prestação da assistência direta ao beneficiário, portanto inclui-se as despesas administrativas, entre outras.

- Instrução para Operadoras com mais de 20.000 beneficiários:
O Item de Despesa deverá ser preenchido de acordo com os itens de despesas definidos abaixo:

3.1 Consultas Odontológicas

Despesas com honorários decorrentes de consultas odontológicas de caráter eletivo, emergencial ou pericial realizadas por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Odontologia.

Considera-se consulta odontológica aquela destinada a exames e diagnósticos para a elaboração do plano de tratamento, incluindo, anamnese, preenchimento de ficha clínica odontológica, diagnóstico das doenças e anomalias bucais do paciente, prognóstico e plano de pagamento.

3.2 Exames Complementares

Despesas com os seguintes exames complementares: radiografia periapical e "Bite-Wing".

3.3 Procedimentos Preventivos

Despesas com os seguintes procedimentos de prevenção em saúde bucal: orientações de higiene bucal, evidenciação de placa bacteriana, aplicação tópica profissional de flúor, aplicação de selante e profilaxia – polimento coronário.

3.4 Procedimentos de Periodontia

Despesas com os seguintes procedimentos: raspagem; alisamento radicular e coronário; curetagem subgengival e tratamento de gengivite.

3.5 Procedimentos de Dentística

Despesas na utilização de manobras para recuperar a função anátomo-funcional de um dente que tenha sido afetado por cáries, traumatismos ou afecções estruturais; restauração a pino ou de superfície radicular.

3.6 Procedimentos de Cirurgia Ambulatorial

Despesas com intervenções cirúrgicas orais menores realizadas em consultórios odontológicos, sob anestesia local, sem sedação.

3.7 Procedimentos de Endodontia

Despesas relativas à remoção cirúrgica da polpa coronária e/ou radicular, bem como obturação de canais de dentes decíduos e/ou permanentes. Além de, remoção do núcleo intrarradicular e desobstrução radicular, com finalidade endodôntica ou protética.

3.8 Total de Despesas Assistenciais Pertencentes ao Rol

É o somatório de todas as despesas assistenciais pertencentes ao rol de procedimentos odontológicos, conforme RDC n.º 21 de 12 de Maio de 2000 (do item 3.1 ao item 3.7).

3.9 Outras Despesas Assistenciais Não Pertencentes ao Rol

Outras despesas com assistência odontológica, como por exemplo procedimentos de ortodontia e próteses, e não classificadas nos itens de: consultas odontológicas, exames complementares, procedimentos preventivos, procedimentos de periodontia, procedimentos de dentística, Procedimentos de Cirurgia Ambulatorial e Procedimentos de Endodontia

3.10 Despesas não Assistenciais

Despesas não relacionadas a prestação da assistência direta ao beneficiário, portanto inclui-se as despesas administrativas, entre outras.

4- Número de Expostos

É o valor resultante do somatório de todos os dias de exposição em que cada um dos usuários 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 usuários 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:

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

4.1. Dias de Exposição

É o número de dias, durante o período de análise, calculado individualmente para cada item de despesa assistencial, no qual o usuário 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.

4.2. 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 usuário que tem o direito de usufruir da assistência à saúde do item de despesa assistencial em questão.

Por exemplo: um usuário que tem o direito a consultas é um exposto para o item de despesa assistencial Consultas Odontológicas, podendo, entretanto, não ser um exposto para o item de despesa Exames Complementares.

Caso haja procedimentos com prazos de carência diferentes dentro de um mesmo item de despesa, adotar para o item como um todo o maior prazo de carência dentre os procedimentos. 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 maior prazo que houver dentre estes exames.

(*) Para as colunas B.E. e E.N.B.: preencher do item 3.1 ao 3.7 e 3.9

5- Número de Beneficiários

É o número de beneficiários do total dos planos mantidos pela operadora. É medido pelo somatório do número de beneficiários existentes no último dia

útil de cada mês do período de análise, dividido pelo número de meses existentes no período de análise, conforme fórmula abaixo:

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

(**) Para as colunas B.E. e B.N.E.: preencher do item 3.1 ao 3.10

6- Número de Eventos

É o somatório das ocorrências de cada item de despesa assistencial realizadas no período.

(***) Para as colunas B.E., E.N.B.e B.N.E.: preencher do item 3.1 ao 3.8

7- Total de Despesa

É o gasto total da operadora, expresso em Reais.

(***) Para as colunas B.E., E.N.B.e B.N.E.: preencher do item 3.1 ao 3.7, 3.9 e 3.10

8- Participação dos Beneficiários em Eventos Indenizáveis: Co-participação
Deverá ser informado somente pelas operadoras com mais de 20 mil beneficiários

É o valor, expresso em Reais, proveniente de outros pagamentos realizados pelos beneficiários à operadora, a título de Participação dos Beneficiários em Eventos Indenizáveis de Co-participação.

Para este item devem ser consideradas as seguintes contas:

(+) Assistência Odontológica	41321
------------------------------	-------

(***) Para as colunas B.E., E.N.B.e B.N.E.: preencher do item 3.1 ao 3.7 e 3.9

9- Recuperação de Eventos Indenizáveis: Seguros

Deverá ser informado somente pelas operadoras com mais de 20.000 beneficiários

São os valores recuperados de eventos indenizáveis, advindos de seguros contratados pela operadora. Exemplo: valores recuperados de seguros "stop loss" para cirurgias.

(***) Para as colunas B.E., E.N.B.e B.N.E.: preencher do item 3.1 ao 3.7 e 3.9



10- Recuperação de Indenização de Despesa Assistencial

Deverá ser informado somente pelas operadoras com até 20 mil beneficiários

São os valores totais de Recuperação de Indenização de: Co-participação, Seguros, Resseguro e Co-Seguro