

Dispõe sobre as operações de compartilhamento da gestão de riscos envolvendo operadoras de plano de assistência à saúde – operadoras e altera a Resolução Normativa – RN nº 209, de 22 de dezembro de 2009, que dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos; altera o item 6 do Capítulo IV do Anexo da RN nº 290, de 27 de fevereiro de 2012, que dispõe sobre o Plano de Contas Padrão para as operadoras de planos de assistência à saúde; altera a RN nº 389, de 26 de novembro de 2015, que dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil; altera a RN nº 392, de 9 de dezembro de 2015, que dispõe sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e diversificação dos ativos garantidores das operadoras no âmbito do sistema de saúde suplementar e dá outras providências; altera o Anexo I da Instrução Normativa – IN nº 45, de 15 de dezembro de 2010, que regulamenta o disposto no § 3º do art. 2º-A da Resolução Normativa – RN nº 173, de 10 de julho de 2008, e alterações posteriores, e o disposto no art. 5º da Resolução Normativa – RN nº 227, de 19 de agosto de 2010, quanto ao Relatório de Procedimentos Previamente Acordados – PPA exigido; e revoga a RN nº 191, de 8 de maio de 2009, que institui o Fundo Garantidor do Segmento de Saúde Suplementar (FGS) pelas Operadoras de Planos de Saúde.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe as alíneas “a”, “b” e “e” do inciso IV e o parágrafo único do artigo 35-A da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e na alínea “g” do inciso XLI e no inciso XLII, ambos do artigo 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, em reunião realizada em de de 2017, adotou a seguinte Resolução Normativa – RN e eu, Diretor-Presidente Substituto, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução Normativa - RN dispõe sobre as operações de compartilhamento da gestão de riscos envolvendo operadoras de plano de assistência à saúde - operadoras e altera a Resolução Normativa – RN nº 209, de 22 de dezembro de 2009, que dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos; altera o Anexo da RN nº 290, de 27 de fevereiro de 2012, que dispõe sobre o Plano de Contas Padrão para as operadoras de planos de assistência à saúde; altera a RN nº 389, de 26 de novembro de 2015, que dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar,

estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil; altera a RN nº 392, de 9 de dezembro de 2015, que dispõe sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e diversificação dos ativos garantidores das operadoras no âmbito do sistema de saúde suplementar e dá outras providências; altera o Anexo I da Instrução Normativa – IN nº 45, de 15 de dezembro de 2010, que regulamenta o disposto no § 3º do art. 2º-A da Resolução Normativa – RN nº 173, de 10 de julho de 2008, e alterações posteriores, e o disposto no art. 5º da Resolução Normativa – RN nº 227, de 19 de agosto de 2010, quanto ao Relatório de Procedimentos Previamente Acordados – PPA exigido; e revoga a RN nº 191, de 8 de maio de 2009, que institui o Fundo Garantidor do Segmento de Saúde Suplementar (FGS) pelas Operadoras de Planos de Saúde.

Art. 2º As operadoras podem promover uma colaboração mútua compartilhando a gestão dos riscos associados à operação de planos privados de assistência à saúde:

I – assumindo a corresponsabilidade pelo atendimento, de forma continuada, dos beneficiários de outras operadoras por meio de intercâmbio operacional, convênio de reciprocidade ou outra forma de ajuste;

II – aportando recursos financeiros para a formação de um fundo comum com vistas a minimizar, no curto prazo, o impacto financeiro dos eventos em saúde, podendo associar a esse fundo comum o compartilhamento de serviços de gerenciamento de custos, tais como a auditoria de contas médicas; ou

III – promovendo a oferta conjunta de planos privados de assistência à saúde.

Parágrafo único. As operadoras podem buscar mitigar os riscos financeiros associados às suas atividades contratando seguros ou resseguros, observada a legislação aplicável do setor de seguros.

Art. 3º Para fins do disposto nesta RN, considera-se:

I – corresponsabilidade pelo atendimento dos beneficiários: negócio jurídico pelo qual uma operadora disponibiliza aos beneficiários de outra operadora acesso aos serviços oferecidos por sua rede prestadora de serviços de assistência à saúde;

II – oferta conjunta de planos privados de assistência à saúde: negócio jurídico pelo qual duas ou mais operadoras pactuam a oferta conjunta de planos privados de assistência à saúde no mesmo contrato, que necessariamente deve ter por objeto plano coletivo empresarial ou por adesão em que o contratante manifeste expresso consentimento quanto à oferta conjunta de planos; e

III – operadora líder: operadora responsável, perante o contratante, os beneficiários e a ANS, por todas as obrigações e deveres relacionados à oferta conjunta de planos privados de assistência à saúde, sem prejuízo da pactuação entre as operadoras da distribuição das responsabilidades pelo acesso aos serviços de assistência à saúde.

CAPÍTULO II DA INTRANSMISSIBILIDADE DAS RESPONSABILIDADES

Art. 4º A colaboração mútua visando ao compartilhamento da gestão dos riscos associados à operação de planos privados de assistência à saúde não poderá implicar a transferência de qualquer responsabilidade de uma operadora para outra perante os beneficiários e a ANS.

CAPÍTULO III DAS OPERAÇÕES DE COMPARTILHAMENTO DA GESTÃO DE RISCOS

Seção I

Da corresponsabilidade pelo atendimento dos beneficiários

Art. 5º As operadoras poderão assumir corresponsabilidade pelo atendimento dos beneficiários, de forma continuada, por meio de intercâmbio operacional, convênio de reciprocidade ou outro negócio jurídico.

Art. 6º As operações de que trata o art. 5º devem ter como base negócios jurídicos celebrados sob a forma escrita, contemplando os direitos e as obrigações das partes.

§1º A remuneração acordada entre as operadoras, nas operações que trata a presente seção, independe da formação do preço estabelecida para os planos privados de assistência à saúde ofertados aos beneficiários, podendo ser classificada como:

a) Pré-estabelecida: a operadora que detém o vínculo com o beneficiário se compromete a pagar um valor fixo por beneficiário à operadora que detém o vínculo direto com a rede de prestadores de serviços de assistência à saúde, independente da utilização dos serviços por seu beneficiário; ou

b) Pós-estabelecida: a operadora que detém o vínculo com o beneficiário se compromete a pagar valores, previamente acordados, à operadora que detém o vínculo direto com a rede de prestadores de serviços de assistência à saúde em função da utilização dos serviços por seu beneficiário.

§2º Os negócios jurídicos de que trata o **caput** devem possibilitar que a operadora que detém o vínculo com o beneficiário possua acesso às informações sobre a utilização dos serviços de assistência à saúde pelo beneficiário a ela vinculado, independentemente da forma de remuneração acordada entre as partes, de modo que a operadora que detém o vínculo com o beneficiário possa prestar todas as informações exigidas pela ANS.

Art. 7º A operadora que detém o vínculo com o beneficiário deve informá-lo dos casos em que a oferta dos serviços de assistência à saúde se dará pela intermediação de outra operadora, comunicando-lhe em linguagem clara e acessível todos os procedimentos para obter o acesso aos serviços de assistência à saúde, sem prejuízo de prestar as informações exigidas pela RN nº 389, de 26 de novembro de 2015.

Parágrafo único. Todo o material fornecido aos beneficiários para obter acesso aos serviços de assistência à saúde pela intermediação de outra operadora, inclusive cartão de identificação, deve informar o número de registro perante a ANS da operadora que detém o vínculo com o beneficiário.

Art. 8º O descumprimento de quaisquer obrigações entre as partes nos negócios jurídicos de que trata o art. 5º não isentam a operadora que detém o vínculo com o beneficiário das exigências previstas na regulamentação setorial vigente, em especial no que tange à garantia de atendimento aos seus beneficiários.

Art. 9º A operadora que detém o vínculo com o beneficiário responderá perante a ANS por todas as demandas de reclamação, incluindo notificações de intermediação preliminar – NIP de qualquer natureza e autos de infração, de beneficiários de planos privados de assistência à saúde abrangidos pela corresponsabilidade pelo atendimento dos beneficiários.

Seção II

Da constituição de fundos comuns

Art. 10. As operadoras poderão formar um fundo comum com vistas a absorver, no todo ou em parte, o impacto financeiro dos eventos em saúde, podendo associar a esse fundo comum o compartilhamento de serviços de gerenciamento de custos, tais como a auditoria de contas médicas.

Art. 11. Os fundos comuns de que trata o artigo 10 devem ser formados por grupos restritos de ajuda mútua caracterizados pela autogestão, de modo que devem possuir regulamento definindo seu funcionamento, estando a alteração do regulamento sujeita à aprovação das operadoras participantes, e devem assegurar a representação de todas as operadoras participantes na administração superior dos fundos.

Art. 12. Os fundos comuns em que se pactue a garantia de custeio de despesas de assistência à saúde de beneficiários remidos ou que prevejam a possibilidade de reembolso ou ressarcimento de despesas acima do montante acumulado pelas contribuições das operadoras participantes devem ser administrados obrigatoriamente por operadoras de planos de assistência à saúde.

Parágrafo único. Os fundos comuns de que trata o **caput** deverão estabelecer sistemática de cálculo e constituição das provisões técnicas necessárias à manutenção do seu equilíbrio econômico-financeiro, a ser contabilizada pela operadora que o administra, de acordo com a regulamentação setorial vigente.

Seção III

Da oferta conjunta de planos privados de assistência à saúde

Art. 13. As operadoras poderão pactuar a oferta conjunta de planos privados de assistência à saúde no mesmo contrato, desde que o contrato e o material a ser distribuído aos beneficiários para acesso aos serviços de assistência à saúde informe, em linguagem clara e acessível:

I – tratar-se de oferta conjunta de plano privado de assistência à saúde;

II – quais são as operadoras participantes da oferta conjunta, informando, inclusive, seus números de registro na ANS, e explicitando uma única operadora como operadora líder, a qual será responsável pela garantia de atendimento dos beneficiários;

III – quais são os planos privados de assistência à saúde que compõem o contrato, os quais devem estar registrados perante a ANS pelas respectivas operadoras como planos coletivos empresariais ou por adesão;

IV – a forma de acesso dos beneficiários aos serviços de saúde de cada um dos planos aos quais os beneficiários ficarão vinculados, incluindo informações sobre as respectivas redes de prestadores de serviços de assistência à saúde;

Art. 14. Cada operadora participante da oferta conjunta de planos privados de assistência à saúde é responsável perante a ANS pelo envio de informações relacionadas aos beneficiários vinculados aos respectivos planos que compõem o contrato que trata a presente seção.

Art. 15. A operadora líder responderá exclusivamente perante a ANS por todas as demandas de reclamação, incluindo notificações de intermediação preliminar – NIP de qualquer natureza e autos de infração, de beneficiários de planos privados de assistência à saúde abrangidos pela oferta conjunta.

CAPÍTULO IV

DO REGISTRO CONTÁBIL DAS OPERAÇÕES

Art. 16. As operadoras envolvidas em operações de que trata a presente RN devem realizar o registro contábil das transações de forma a segregar os riscos financeiros decorrentes das referidas operações daqueles assumidos com os beneficiários vinculados aos planos privados de assistência à saúde por elas ofertados.

Parágrafo único. A segregação que trata o **caput** será objeto de Relatório de Procedimento Pré-Acordado emitido por auditor independente registrado na Comissão de Valores Mobiliários - CVM, conforme Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras, encaminhados em conjunto com o Documento de Informações Periódicas - DIOPS.

Art. 17. As despesas incorridas com beneficiários de outras operadoras junto à sua rede de prestadores de serviços de assistência à saúde, em função de operações de corresponsabilidade que trata o art. 5º, devem ser classificadas como sinistros/eventos indenizáveis para todos os efeitos nas demonstrações financeiras.

Art. 18. As respectivas exigibilidades de constituição de provisões de sinistros/eventos indenizáveis devem ser observadas por cada operadora participante das operações de que trata esta RN, de acordo com a forma de remuneração acordada entre as operadoras participantes, observada a regulamentação vigente para as provisões técnicas.

Art. 19. As contribuições efetuadas a fundos comuns para custeio de despesas de assistência à saúde poderão ser reconhecidas como ativo das operadoras participantes a ser reduzido em função do volume de reembolsos ou ressarcimentos efetivamente apurados.

Parágrafo único. Caso o fundo comum de que trata o **caput** estabeleça possibilidade de que o volume de reembolsos ou ressarcimentos de despesas de assistência à saúde seja superior ao volume de contribuições acumuladas por determinada operadora participante, essa diferença deverá ser reconhecida no passivo da referida operadora até sua reversão integral junto ao fundo comum.

Art. 20. As demonstrações financeiras anuais das operadoras participantes das operações que trata esta RN devem conter notas explicativas sobre a eventual participação nessas operações, detalhando o volume de recursos envolvidos e avaliação dos respectivos riscos financeiros associados.

CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 21. O art. 6º da RN nº 209, de 2009, passa a vigorar acrescido dos §§s 7º e 8º, conforme a seguinte redação:

“Art. 6º

.....
§7º Para fins de cálculo ou apuração das fórmulas constantes dos incisos I e II deste artigo, as contraprestações/prêmios e os eventos/sinistros na modalidade de preço preestabelecido, devem ser líquidos, respectivamente, dos valores efetivamente pagos e recebidos de seguros ou resseguros no período.

§8º Os efeitos que trata o §7º estão limitados aos resseguros ou seguros que tenham como objeto o reembolso total ou parcial de eventos/sinistros apurados pela operadora contratante.” (NR)

Art. 22. O Capítulo IV do Anexo da RN nº 290, de 2012, passa a vigorar com a redação contida no Anexo I.

Art. 23. O **caput** do art. 8º da RN nº 389, de 2015, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 8º O Componente Utilização dos Serviços do PIN-SS deverá conter os eventos reconhecidos pela operadora, independente da ocorrência de glosa de valor, considerando-se todos os eventos realizados na rede própria, credenciada, referenciada, cooperada, na rede indireta ou fora da rede, quando houver cobertura para reembolso.” (NR)

Art. 24. A RN nº 389, de 2015, passa a vigorar acrescida do inciso XXIII ao art. 7º, com a seguinte redação:

“Art. 7º.....

.....
XXIII – informação sobre existência de rede indireta no contrato, identificando a razão social da operadora contratada.” (NR)

Art. 25. O inciso IV do art. 2º da RN nº 392, de 2015, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 2º

.....
IV – débitos referentes a eventos/sinistros contabilizados e ainda não pagos que tenham como contrapartida créditos de operações com planos de assistência à saúde decorrentes de contratos de seguro ou resseguro” (NR)

Art. 26. O art. 2º da RN nº 392, de 2015, passa a vigorar acrescido do inciso VI, conforme a seguinte redação:

“Art. 2º

.....
VI – débitos referentes a eventos/sinistros contabilizados e ainda não pagos que tenham como contrapartida créditos a receber registrados nos últimos 60 dias decorrentes da utilização de serviços de assistência à saúde de beneficiários de outra operadora por meio de corresponsabilidade pelo atendimento dos beneficiários.” (NR)

Art. 27. O Anexo I da IN nº 45, de 2010, passa a vigorar com a redação contida no Anexo II.

Art. 28. As Diretorias da ANS editarão os atos que julgarem necessários ao aperfeiçoamento e cumprimento desta RN no âmbito das respectivas competências.

Art. 29. Revoga-se a RN nº 191, de 2009.

Art. 30. Esta RN entra em vigor em 1º de janeiro de 2018.

LEANDRO FONSECA DA SILVA
Diretor-Presidente Substituto

ANEXO I

“

CAPÍTULO IV MANUAL CONTÁBIL DAS OPERAÇÕES DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

A Norma Contábil é necessária para padronizar o registro das operações do mercado de saúde suplementar. O principal objetivo da padronização é monitorar a solvência desse mercado. Solvência é a capacidade de uma operadora de cumprir com seus compromissos.

Monitorar a solvência das operadoras é uma atribuição legal da ANS, cujo objetivo é garantir ao consumidor o atendimento por parte das operadoras da cobertura assistencial comercializada nos contratos de planos de saúde.

A padronização dos registros contábeis se materializa na elaboração das Demonstrações Financeiras, cujo objetivo é fornecer informações econômicas e financeiras para auxiliar a tomada de decisão por vários usuários dessas informações.

As Demonstrações Financeiras informam a situação patrimonial da operadora, segregando os elementos patrimoniais em Ativo, Passivo e Patrimônio Líquido, além de informações específicas sobre Receitas e Despesas, Fluxo de Caixa e Mutações do Patrimônio Líquido.

Ativo é um recurso controlado pela entidade como resultado de eventos passados e do qual se espera que fluam futuros benefícios econômicos para a entidade.

Passivo é uma obrigação presente da entidade, derivada de eventos passados, cuja liquidação se espera que resulte na saída de recursos da entidade capazes de gerar benefícios econômicos.

Patrimônio Líquido é o interesse residual nos ativos da entidade depois de deduzidos todos os seus passivos.

Um item que se enquadre na definição de um elemento deve ser reconhecido se:

- a) for provável que algum benefício econômico futuro associado ao item flua para a entidade ou flua da entidade; e
- b) o item tiver custo ou valor que possa ser mensurado com confiabilidade

Receitas são aumentos nos benefícios econômicos durante o período contábil, sob a forma da entrada de recursos ou do aumento de ativos ou diminuição de passivos, que resultam em aumentos do patrimônio líquido, e que não estejam relacionados com a contribuição dos detentores dos instrumentos patrimoniais.

Quando o desfecho de transação que envolva a prestação de serviços puder ser confiavelmente estimado, a receita associada à transação deve ser reconhecida tomando por base a proporção dos serviços prestados até a data do balanço e balancetes mensais. O desfecho de uma transação pode ser confiavelmente estimado quando todas as seguintes condições forem satisfeitas:

- a) o valor da receita puder ser confiavelmente mensurado;
- b) for provável que os benefícios econômicos associados à transação fluirão para a entidade;
- c) a proporção dos serviços executados até a data do balanço e dos balancetes mensais puder ser confiavelmente mensurada; e
- d) as despesas incorridas com a transação assim como as despesas para concluí-la possam ser confiavelmente mensuradas.

Despesas são decréscimos nos benefícios econômicos durante o período contábil, sob a forma de saída de recursos ou da redução de ativos ou assunção de passivos, que resultam em decréscimo do patrimônio líquido e que não estejam relacionados com distribuições aos detentores dos instrumentos patrimoniais.

1) FATO GERADOR DA RECEITA DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

O mercado de saúde suplementar presta um serviço de cobertura de riscos relacionados à assistência à saúde.

A obrigação de garantir os riscos é contratual, portanto, todas as coberturas que constam no contrato devem ser garantidas pela operadora.

Essa obrigação é relacionada a uma vigência contratual, a qual para os contratos coletivos normalmente é anual com pagamentos mensais e os contratos individuais tem vigência anual no primeiro ano e, após esse prazo, vigência indeterminada, também com pagamentos mensais.

A receita de contraprestação/prêmio no mercado de saúde é reconhecida mensalmente, de acordo com o período de vigência decorrido do contrato. Para cada período de risco coberto pela operadora, haverá o reconhecimento da receita.

Nos contratos de plano de saúde, a precificação para o período de vigência mensal é reconhecida em uma conta de passivo específica, provisão de prêmios e contraprestações não ganhas (PPCNG).

Esse valor deve ser registrado em contrapartida a conta 12311101/12312101– Contraprestação Pecuniária/Prêmios a Receber, no primeiro dia de vigência do mês. Ao final de cada mês, o valor

reconhecido como PPCNG é apropriado ao resultado do período, como Receita de Contraprestação/Prêmio, em função do período de cobertura do risco já decorrido naquele mês.

O termo “não ganha” significa que o período de risco de cobertura contratual ainda não decorreu, portanto, a operadora ainda não prestou o serviço para o beneficiário do plano, que é a cobertura contratual dentro daquele prazo. A operadora não pode registrar esse valor como receita até que haja cobertura contratual decorrida no tempo.

Exemplo 1: vigência dentro do mês

Por exemplo, se uma operadora comercializa um contrato coletivo com cobertura contratual para o período de 01/01/2016 até 31/12/2016, em 01/01/2016 deve registrar o valor mensal do contrato. Supondo que o valor que será cobrado pela operadora para assumir esse risco é de R\$ 1.000,00 por mês, o lançamento contábil a ser efetuado em 01 de janeiro é:

D – 12311101/12312101 – Contraprestação Pecuniária/Prêmios a receber
C – 211119011/211129011 – Provisão de Prêmio ou Contraprestação não Ganha.
R\$ 1.000,00

Obs: O contas a receber é segregado em Plano Individual, Plano Coletivo e Administradora de Benefícios com contrato estipulado e com contrato não estipulado. O registro contábil deve ser efetuado identificando com quem que a operadora efetuou a operação.

Caso o valor mensal for recebido antes do início de vigência da cobertura, por exemplo, em 20/12/2015, o lançamento será:

D – Caixa/Bancos
C – 2132 – Receita Antecipada de Contraprestações/Prêmios
R\$ 1.000,00

No início da cobertura a operadora deve transferir esse valor para a Provisão de Prêmio ou Contraprestação não Ganha e a partir desse momento, reconhecer a receita pelo tempo decorrido do contrato.

No dia 01/01/2016, dia em que se inicia a cobertura contratual, o registro contábil deve ser efetuado da seguinte forma:

D – 2132 – Receita Antecipada de Contraprestações/Prêmios
C – 211119011/211129011 - Provisão de Prêmio ou Contraprestação não Ganha
R\$ 1.000,00

O regime de competência é mensal, portanto a operadora deve no último dia do mês levantar todas as receitas ganhas e todas as despesas incorridas.

OBS: O termo “ganha” significa que o período de cobertura do risco decorreu, ou seja, a operadora garantiu um período de cobertura dentro do mês contra qualquer evento previsto no contrato que pudesse ocorrer com o beneficiário.

Exemplo 2: apropriação pro-rata

Como exemplo, vamos supor que a cobertura contratual se inicie em 11 de junho e o valor mensal do contrato seja de R\$ 300,00. O registro contábil a ser efetuado no dia 11 de junho é o seguinte:

D – 12311101/12312101 – Contraprestação Pecuniária/Prêmios a receber	
C – 211119011/211129011 -Provisão de Prêmio ou Contraprestação não Ganha	
	R\$ 300,00

No dia 30 de junho, a operadora terá coberto 20 dias do contrato, portanto, terá uma receita ganha de R\$ 200,00. Nesse caso, a operadora efetuará o seguinte registro contábil (30 de junho):

D – 211119011/211129011 - Provisão de Prêmio ou Contraprestação não Ganha	
C – 3111 - Receita de Contraprestação ou Prêmio	
	R\$ 200,00

Notem que a conta de Provisão de Prêmio ou Contraprestação não Ganha terá um saldo de R\$ 100,00. Esse valor só poderá ser reconhecido como receita no mês de julho, pois em junho não houve cobertura contratual de 30 dias, mas apenas 20 dias.

O contrato se dividiu em:

11 a 30 de junho	1 a 10 de julho	

Se considerarmos o valor total do contrato (anualizado), teríamos ainda no mês de julho mais 20 dias para considerar e assim sucessivamente até o término da vigência contratual. A receita de contraprestação ou prêmio deve ser reconhecida de acordo com a execução do serviço, que se dá com o decurso da cobertura assistencial no tempo.

OBSERVAÇÕES:

1) A contabilidade registra variação patrimonial. No caso da receita relacionada à operação de planos de saúde, a operadora deverá registrar qualquer recebimento antecipado em relação à vigência do contrato na conta 2132 – Receita Antecipada de Contraprestações/Prêmios.

2) Para as operadoras que oferecem plano de saúde comercializados por elas para os seus funcionários, especial atenção quanto ao registro contábil desse benefício. O funcionário nesse caso é tratado como beneficiário do plano de saúde comercializado pela operadora. Portanto, todo o custo assistencial desse funcionário será em despesas com eventos e deverá haver uma receita de contraprestação associada ao plano de saúde comercializado.

A exceção ocorre apenas quando a operadora funciona para seus funcionários tal como uma autogestão por RH, inclusive com registro de produto específico na ANS. Nesse caso, não há nenhuma receita de contraprestação a ser reconhecida e todas as despesas relacionadas à assistência à saúde dos funcionários serão tratadas como despesas administrativas.

2.1) A contabilização deverá ser a seguinte:

Pelo valor referente à participação da operadora no plano de saúde do funcionário, quando houver:

Se iniciada a vigência da cobertura, ou seja, o pagamento for no mesmo mês da cobertura contratual, o lançamento será:

D – 461519011 - Despesas com Assistência Médico/Odontológica

C – 211119011 / 211129011 - Provisão de Prêmio ou Contraprestação não Ganha.

Se não iniciada a vigência da cobertura, ou seja, o pagamento for efetuado no mês anterior à vigência da cobertura contratual. Por exemplo: o salário é apropriado no dia 30 do mês e o início de vigência do plano de saúde será no dia 01 do mês seguinte. O lançamento contábil será:

D – 461519011 - Despesas com Assistência Médico/Odontológica

C – 2132 – Contraprestação Pecuniária/Prêmios recebidos – AMH ou Odonto.

Pelo valor referente à contribuição do funcionário no plano de saúde contratado por ele dentro da operadora que ele trabalha.

Partindo do registro contábil do salário que a operadora deverá pagar ao funcionário:

Pelo valor do salário devido ao funcionário:

D – 461219011 - Despesas com Salários e Ordenados

C – 218119011 – Salários a Pagar

Pelo valor do pagamento da parte do funcionário ao plano de saúde. Se o pagamento do salário for efetuado no mês de vigência do risco, ou seja, a operadora apropria o salário no dia 30 e paga no próprio dia 30, e a vigência do contrato do plano de saúde também é iniciada no dia 30. O lançamento será:

D – 2118119011 - Salários a Pagar

C - -211119011/211129011- Provisão de Prêmio ou Contraprestação não Ganha

Se a data de vigência do contrato do plano de saúde é iniciada no mês seguinte, por exemplo, dia 1, dia 5 ou dia 10, e o pagamento do salário do funcionário é efetuado no mês anterior. O lançamento será:

D – 2118119011 - Salários a Pagar

C – 2132 – Contraprestação Pecuniária/Prêmios recebidos – AMH ou Odonto.

No início de vigência do contrato a operadora irá baixar o valor da conta 2132 e apropriar a Provisão de Prêmio ou Contraprestação Não Ganha. Ao final do mês, apropriará a parcela do risco decorrido do plano de saúde em receita de contraprestação ou prêmio.

D – 2132 – Receita Antecipada de Contraprestações/Prêmios

C –211119011/211129011 - Provisão de Prêmio ou Contraprestação não Ganha

3) Para as operadoras que comercializam planos de assistência a saúde na modalidade de pós-pagamento, a taxa de administração cobrada deve ser registrada como Receita de Contraprestação. Esse valor compõe a receita da operação principal, que é formada pelo custo do serviço acrescido de uma taxa de carregamento que suporte a operacionalização do plano.

3.1) Pelo lançamento da taxa no último dia do mês de cobertura contratual:

D – 12311/12312 - Contas a Receber

C – 311112 / 311122 - Receita de Contraprestação

2) REGISTRO CONTÁBIL DO CANCELAMENTO

Se o beneficiário do contrato exemplificado no item 1 (exemplo 2) deste manual cancelar o contrato em 20 de junho, ele terá tido cobertura contratual por 10 dias e essa cobertura não poderá ser cancelada, porque não se cancela serviço prestado. Os 20 dias restantes do período a decorrer deverão ser estornados em contas patrimoniais, porque não se traduzirão em nenhum efeito no resultado:

Se o valor já tiver sido recebido:

D – 211119011/211129011 – Provisão de Prêmios e Contraprestação não Ganha
C – 213119011/213119012/213129011/213129012 – Contraprestação Pecuniária a Restituir/Prêmios a Restituir
R\$ 200,00

Se o valor não tiver sido recebido:

D – 211119011/211129011 – Provisão de Prêmios e Contraprestação não Ganha
C – 12311101/12312101 – Contraprestação Pecuniária/Prêmios a receber
R\$ 200,00

Então, ficaremos com um saldo de R\$ 100,00 na Provisão de Prêmio ou Contraprestação não Ganha, referente ao período de 11 a 20 de junho, período que a operadora prestou o serviço de cobertura do risco contratual. Esse valor deverá ser reconhecido como receita, com o seguinte lançamento:

D – 211119011/211129011 – Provisão de Prêmios ou Contraprestação não Ganha
C – 31111/31112 - Receita de Contraprestação ou Prêmios
R\$ 100,00

Será reconhecido o valor de R\$ 100,00 como receita, independentemente de ter sido recebido ou não.

Se a operadora ainda não recebeu o valor, mas tiver a possibilidade de recebê-lo, esse valor ficará registrado no contas a receber até que seja liquidado.

Se o crédito é de difícil recebimento, deverá ser registrada provisão para risco sobre crédito, mas esse valor não deverá ser estornado da receita.

Receita de serviço prestado não é passível de estorno.

A receita é registrada pelo regime de competência, o que não tem nenhuma relação com o efetivo recebimento de contraprestação ou recebimento do prêmio.

A contraprestação ou o prêmio podem ser recebidos antes, durante ou depois do período de cobertura contratual, mas a receita deve ser reconhecida especificamente no período de cobertura, que é a receita relacionada ao serviço prestado pelo mercado de saúde suplementar.

EXCEÇÃO:

Nos contratos em pós-pagamento, nos quais a operadora registra as despesas com eventos e no mesmo momento registra a receita de contraprestações, pode ocorrer a glosa nas despesas. Para essa operação, incluímos na conta de Receita de Contraprestação – Pós Pagamento a conta Ajuste por Glosa.

Essa operação não é um cancelamento de receita, mas um ajuste no valor que é repassado ao beneficiário pelo contrato ser de pós-pagamento.

A receita de contraprestação e receita de prêmios só poderá ser cancelada em caso de erro, quando deverá ser efetuado um estorno (por exemplo, uma emissão indevida, o que não deverá ser recorrente).

3) REGISTRO DA PROVISÃO DE RISCOS SOBRE CRÉDITOS

Vamos tomar como exemplo um caso em que haja um beneficiário que esteja com duas mensalidades em atraso e a operadora julgue que não conseguirá receber esse crédito. Para exemplificar, vamos desconsiderar os impostos e vamos supor que o valor mensal seja de R\$ 300,00 e o início de vigência do contrato seja 01/01/2016.

Ao final do segundo mês, em 28/02/2016, a operadora evidenciará os seguintes saldos, considerando que o beneficiário não pagou nenhuma prestação:

Contas a Receber: R\$ 600,00

Provisão de Prêmios e Contraprestação Não Ganha: R\$ 600,00

Se o período foi decorrido, uma parte do valor que estava na Provisão de Prêmios e Contraprestação não Ganha foi reconhecida como receita, porque independente de ter havido recebimento, o serviço foi prestado (cobertura assistencial). Assim, no final de janeiro houve o reconhecimento da receita de contraprestação ou prêmio na ordem de R\$ 300,00. Em fevereiro, a cobertura contratual de todo o mês de fevereiro, portanto, foi reconhecida mais uma parcela de receita no valor de R\$ 300,00.

Se, nessa data, a operadora julgar que não receberá esses valores, deverá constituir a provisão para risco sobre crédito, efetuando os seguintes lançamentos:

D – 4419 - Despesa com Provisão para Perdas sobre Créditos	
C – 12311109 ou 12311209/ 12312109 ou 12312209 - Provisão para Perdas sobre Créditos	
	R\$ 600,00

O período de risco decorrido que já foi reconhecido como receita, ou seja, o mês todo de janeiro e o mês todo de fevereiro, não poderá ser estornado na receita, porque não se cancela serviço prestado e a operadora, de fato, cobriu esse risco para o beneficiário.

OBS: É obrigatória a cobertura do risco, sem o recebimento do prêmio/contraprestação, tal como previsto no inciso II do artigo 13 da Lei 9656/98:

“Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

Parágrafo único. Os produtos de que trata o caput, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:

(...)

II - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência;”

4) FATO GERADOR DA DESPESA COM EVENTOS

Evento é qualquer despesa que a operadora incorra para a prestação do atendimento referente à cobertura contratual do beneficiário do plano de saúde comercializado, inclusive a taxa de intercâmbio eventual que uma operadora paga à outra para prestar atendimento ao seu beneficiário.

Também devem ser classificados como eventos as despesas incorridas com beneficiários de outras operadoras suportadas diretamente pela operadora, em função de operações de corresponsabilidade para atendimento dos beneficiários

A operadora pode utilizar para prestar essa cobertura rede própria, rede conveniada e outra operadora. Por vezes, seu beneficiário pode ter acesso a uma cobertura contratada na rede do SUS (neste caso, a operadora está sujeita ao ressarcimento ao SUS).

Critério de rateio

Se uma operadora possuir rede assistencial (ambulatórios, consultórios, hospitais, etc) em sua estrutura patrimonial, ou seja, operando no mesmo CNPJ, sem um critério de rateio verificável, deverá efetuar o rateio conforme o que segue.

A operadora deverá precificar todos os atendimentos médicos nas redes assistenciais próprias, independente de ser beneficiário ou outro paciente. Essa precificação não será registrada contabilmente, sendo realizada somente por meio de controles gerenciais.

No final do mês, a operadora terá todo o atendimento precificado nas mesmas bases ou em valores próximos.

A precificação dos beneficiários dos planos comercializados pela operadora deverá ser efetuada pelo valor mais recorrente cobrado pela rede assistencial, normalmente, o valor do atendimento prestado a outras operadoras. Ou seja, a precificação dos beneficiários e dos outros pacientes deve ser a mais próxima possível.

Com base nesses valores de “faturamento próprio” a operadora irá ratear os custos, registrando contabilmente as receitas com atendimentos a pacientes que não sejam seus beneficiários na conta 332119011 ou 332129011 – Receitas com Prestação de Serviços não Relacionadas com Planos de Saúde da Operadora, e os custos referentes aos atendimentos desses pacientes na conta 442119019 ou 442129019 – Despesas com Prestação de Serviços não Relacionados com Planos de Saúde da Operadora.

Em relação aos seus beneficiários, a operadora deverá registrar como despesas com eventos, no grupo 4111, os custos incorridos para atendimento aos beneficiários de seus próprios planos, que será apurado pela proporcionalidade das despesas em relação ao “faturamento próprio” dos atendimentos relacionados aos seus beneficiários, que a operadora terá precificado em controles gerenciais.

O “faturamento próprio” relacionado a atendimentos a beneficiários não será passível de reconhecimento contábil.

O exemplo abaixo ajuda a ilustrar.

Suponhamos que um hospital atenda um parto de uma paciente de outra operadora e cobre por esse procedimento o valor de R\$ 3.000,00. Esse valor será registrado em Receita na conta 332119011 ou 332129011 – Receitas com Prestação de Serviços não Relacionada com Planos de Saúde da Operadora. Para esse registro contábil o documento suporte será a nota fiscal emitida para cobrar pelo atendimento.

Suponhamos que esse mesmo hospital atenda dois partos de beneficiárias do plano que tenha exigido os mesmos procedimentos do atendimento à paciente externa ao plano de saúde. A operadora deverá emitir um documento, que não seja fiscal (apenas de controle), computando também o valor de R\$ 3.000,00 para cada atendimento. Esse documento não é base para registro contábil, é apenas documento para controle gerencial.

No final do mês, considerando que tenha havido somente esses três atendimentos, o “faturamento total” do hospital terá sido na ordem de R\$ 9.000,00, sendo R\$ 6.000,00 de atendimentos aos beneficiários do plano comercializado pela operadora, e R\$ 3.000,00 de atendimentos a outros pacientes. Apenas o valor de 3.000,00 deve ser reconhecido no grupo 3321.

O valor de R\$ 6.000,00 não poderá, em nenhuma hipótese, ser registrado contabilmente, sendo somente considerado como base para rateio dos custos da rede própria e alocação das despesas com evento. O faturamento referente a esses atendimentos já estará reconhecido na receita de contraprestação referente aos planos de saúde contratados por esses beneficiários.

Essa precificação foi efetuada pelo preço que a operadora pratica com outros atendimentos porque esse é um preço verificável.

No final do mês, vamos supor que a operadora tenha apurado um custo total do hospital no valor de R\$ 4.500,00, então, registrará no grupo 411 – Despesas com Eventos o valor de R\$ 3.000,00 e registrará o valor de R\$ 1.500,00 na conta 442119019 -ou 442129011 – Despesas com Prestação de Serviços não Relacionados com Planos de Saúde da Operadora

O rateio foi efetuado da seguinte forma: $R\$ 4.500,00$ de custos totais dividido por $R\$ 9.000,00$ de “faturamento total” = 0,50

Então a despesa com eventos será da ordem de R\$ 6.000,00 x 0,50 = R\$ 3.000,00 e a dedução de receitas com prestação de serviços não relacionados com planos de saúde da operadora será de R\$ R\$ 3.000,00 x 0,50 = R\$ 1.500,00

A operadora deverá manter controle gerencial dos atendimentos aos seus beneficiários em que conste o CPF do beneficiário, o procedimento efetuado, a data e a precificação, de acordo com o preço praticado com atendimentos de pacientes que não são beneficiários de seus planos de saúde.

Esse controle deve estar disponível para verificação da auditoria e da ANS, a qualquer tempo.

As operadoras poderão elaborar um critério de rateio próprio de seus custos, porém, as contas contábeis envolvidas no lançamento serão somente essas.

É proibido o registro de qualquer despesa do hospital como despesa administrativa, ainda que seja relacionada à água, energia elétrica, ou qualquer outro gasto com funcionamento.

Despesas Administrativas registram tão somente os gastos incorridos pela área administrativa da operadora.

As operadoras devem considerar que os custos fixos serão rateados, no mínimo, pela capacidade esperada de atendimento e, caso os atendimentos não alcancem esse número, o excesso de custo fixo deve ser tratado como 442119014 - Custo de ociosidade no sub-grupo 442 - Despesas com Operações de Assistência a Saúde Não Relacionadas com Plano de Saúde da Operadora.

Os custos fixos não devem causar uma volatilidade relevante no valor alocado como despesas com eventos.

A precificação utilizada pela operadora para o critério de rateio da rede assistencial própria, que opere no mesmo CNPJ, deve ser divulgada em nota explicativa.

Pagamento por Procedimento ou Outras Formas de Pagamento

As despesas com eventos serão segregadas em *Pagamento por Procedimento* ou *Outras Formas de Pagamento*.

Sempre que a operadora realizar pagamento de despesas com eventos que não seja Pagamento por Procedimento, no qual é determinada a identificação do beneficiário que está relacionado ao evento, inclusive utilizando-se critério de rateio, a operadora deve registrar essas outras formas (p.ex., *capitation*) em subgrupo específico para cada tipo de contratação.

Plano de Saúde para Funcionários e Colaboradores

Quando a operadora contribui para o plano dos funcionários, esse valor é alocado em despesas administrativas com assistência médico-odontológica. Todos os valores de atendimentos decorrentes da cobertura contratual do plano de saúde devem ser alocados como despesas com eventos.

Quando a operadora oferece aos funcionários cobertura de eventos assistenciais como uma autogestão por RH (inclusive com produto registrado na ANS), os valores relacionados aos eventos ocorridos serão registrados em sua totalidade como despesas administrativas.

5) REGISTRO DE EVENTOS/SINISTROS

Eventos são todas as despesas incorridas com o beneficiário do plano comercializado ou disponibilizado pela operadora para cobertura de riscos que possam comprometer a saúde dos beneficiários.

Também devem ser classificados como eventos as despesas incorridas com beneficiários de outras operadoras suportadas diretamente pela operadora, em função de operações de corresponsabilidade para atendimento dos beneficiários.

A despesa na contabilidade deve ser registrada quando incorrida, independentemente do pagamento, esse momento é o que se denomina registro contábil pelo regime da competência.

Regime de competência contábil prevê o reconhecimento mensal de todas as despesas incorridas no período.

A operadora deve estimar mensalmente o valor dos atendimentos ocorridos e ainda não avisados para constituir a Provisão de Eventos Ocorridos e Não Avisados, em obediência ao princípio da competência.

Quanto aos eventos avisados, os lançamentos contábeis devem ser efetuados da forma em que seguem:

a) Pelo conhecimento da ocorrência do evento por qualquer meio de informação:

D – 41111/41112 - Eventos Conhecidos ou Avisados de Assistência Médico Hospitalar/Odontológico

C – 21111903/21112903 - Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar

b) Pelo registro da Coparticipação dos beneficiários em Eventos/Sinistros.

O valor a ser registrado como despesa com eventos é bruto de qualquer recuperação. Após o registro contábil do total da conta médica, a operadora irá analisar se detém o direito de recuperação por coparticipação em relação a algum beneficiário que tenha utilizado as coberturas contratuais e efetuará o lançamento para ajustar o valor das despesas com eventos:

D - 123311011/123312011 - Participação dos Beneficiários em Eventos/Sinistros Indenizados

C — 41111013/411121013 - Recuperação/Ressarcimento por Coparticipação em Eventos/Sinistros

c) Pelo registro da Glosa.

O valor a ser registrado como Despesa com Eventos é o primeiro valor que a operadora toma conhecimento. Após a análise das contas a operadora pode identificar que o valor cobrado não está correto, efetuando lançamento para ajustar o valor:

D – 21111903/21112903 - Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar

C – 41111012/411121012 - Recuperação/Ressarcimento por glosa de Eventos/Sinistros

d) Pelo registro da constituição da Provisão de Eventos Ocorridos e Não Avisados

Suponha que uma operadora comece a comercializar planos e que a estimativa é de sinistralidade a 60% da receita de prêmio/contraprestação. Se a receita for de R\$ 100,00 no mês de janeiro, o período de cobertura for de 1º a 30 desse mês e todos os prestadores fecharem as contas no final do mês para informar a cobrança dos eventos à operadora no 3º dia do mês subsequente, teríamos:

D – 41411/41412 – Variação da Provisão de Eventos/Sinistros ocorridos e não avisados

C – 21111904/21112904 - Provisão de Eventos/Sinistros ocorridos e não avisados

R\$ 60,00

Considerando que a estimativa da operadora em relação à sinistralidade se mostre insuficiente, pois a operadora recebeu R\$ 65,00 de avisos de eventos/sinistros relacionados a janeiro, serão feitos os seguintes lançamentos:

No mês de fevereiro, a operadora deverá reconhecer os eventos avisados relacionados a janeiro:

D – 411 Eventos/Sinistros conhecidos ou avisados de assistência a saúde

C – 21111903/21112903 Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar

R\$ 65,00

Após reconhecer o evento avisado a operadora poderá ajustar a provisão de eventos/sinistros não avisados, dependendo da análise do atuário responsável, fazendo o seguinte lançamento:

D – 41411/41412 – Variação da Provisão de Eventos/Sinistros ocorridos e não avisados

C – 21111904/21112904 - Provisão de Eventos/Sinistros ocorridos e não avisados

R\$ 5,00

Como será fevereiro, haverá também novo reconhecimento de receitas de contraprestações.

e) Pelo pagamento ao prestador.

D – 21111903/21112903 Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar

C – Caixa/Bancos

f) Pelo pagamento ao SUS

D – 211119021 Provisão de Eventos/ Sinistros a Liquidar para o SUS

C – Caixa/Bancos

Ressarcimento ao SUS

As operadoras de planos privados de assistência a saúde devem proceder ao registro contábil relativo ao ressarcimento ao SUS, mensalmente, nas contas descritas abaixo, com base nos valores das notificações dos Avisos de Beneficiários Identificados (ABI) considerando o percentual histórico de cobrança (%hc), somado ao montante total cobrado nas Guias de Recolhimento da União (GRU) emitidas e ao saldo de parcelamento aprovado pela ANS.

O percentual histórico de cobrança (%hc) será calculado com base no histórico individual das operadoras, pelo total dos valores cobrados sobre o total dos valores notificados, com base nos ABIs emitidos até 120 dias anteriores ao mês da contabilização.

O valor total dos ABIs notificados e ainda sem a emissão das respectivas GRUs pela ANS, multiplicado pelo %hc-, deverá assim ser contabilizado.

D - 41111107/41111207/41112107/41112207- Sistema Único de saúde

C – 211119024- Provisão de Eventos/ Sinistros a Liquidar para o SUS

No ato da emissão a GRU deve ser registrada contabilmente nas contas acima indicadas.

Todos os meses deve ser efetuada a revisão dos valores referentes às ABIs notificadas, registrando-se contabilmente o percentual do histórico de cobrança. Se os valores forem menores que os registrados no mês anterior, deve ser efetuado lançamento de complementação:

D – 41111107/41111207/41112107/41112207- Sistema Único de saúde

C – 211119021

Se os valores forem maiores que os registrados no mês anterior, deve ser efetuado lançamento de reversão parcial:

D – 211119021

C – 411111073/411121073/411121071/411121079/411122071/411122079 – Sistema Único de saúde

O montante correspondente ao parcelamento do ressarcimento ao SUS, após aprovação da ANS e com vencimento em prazo superior a doze meses da data do balanço, considerando que este valor já esteja devidamente contabilizado, deverá ser reclassificado do passivo circulante na conta 211119021 Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para 231119022/231129021 – Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para o SUS – Parcelamento.

Os valores de Ressarcimento ao SUS a serem registrados serão disponibilizados mensalmente na página da ANS na Internet (www.ans.gov.br - Espaço da Operadora - Ressarcimento ao SUS - Processos Físicos).

Os valores relacionados a ressarcimento ao SUS que sejam objeto de processo judicial e que tenha sido exigido o depósito judicial do valor integral do débito, poderão ser reclassificados para a conta 231119022 – Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para o SUS – Ação Judicial com Depósito Judicial.

As ações judiciais que não tiverem a garantia de depósito judicial integral não poderão ser reclassificadas, devendo permanecer na conta 211119021/211129021- – Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para o SUS – GRU.

6) OPERAÇÕES DE INTERCÂMBIO EVENTUAL E CORRESPONSABILIDADE PARA ATENDIMENTO DOS BENEFICIÁRIOS

6.1) OPERAÇÃO DE INTERCÂMBIO EVENTUAL

Intercâmbio Eventual ocorre quando um beneficiário de uma operadora, por um motivo não recorrente, é atendido em uma localidade diferente da região de operação da operadora contratada e por um acordo entre operadoras, a operadora local presta o atendimento e cobra o valor integral da operadora que detém o contrato.

Essa operação não caracteriza receita ou despesa para a operadora que efetua o atendimento em relação ao valor que será ressarcido pela operadora que detém o risco, haverá somente a receita relativa à taxa de administração cobrada por esse atendimento eventual.

Se a operadora que prestar o atendimento utilizar sua própria rede, que opere no mesmo CNPJ que a operadora, deverá considerar a operação como atendimento a outras operadoras e não como intercâmbio, devendo registrar a operação de acordo com o item 4 desse manual.

Operadora que detém o risco

a) Pelo registro do fato gerador da receita pela operadora que detém o risco, considerando Assistência Médico Hospitalar na modalidade de pré-pagamento.

D – 123111011/ 123111012 - Contraprestação Pecuniária/Prêmios a Receber

C – 311111011/21/31/41/51/61 - Contraprestações Emitidas

b) Registro dos valores informados pela operadora que providenciou o atendimento, inclusive o valor da taxa de administração do intercâmbio eventual cobrada no atendimento. Esse registro será suportado por um documento que não seja fiscal, na proporção do reembolso, porque não há realização de serviço (cobertura de risco), há somente a cobrança de um reembolso baseado na nota fiscal emitida pelo prestador para a operadora que prestou o atendimento. Quanto à taxa de administração, a operadora que estiver cobrando deverá emitir um documento fiscal para que a operadora que detém o risco possa efetuar o registro contábil suportado por um documento hábil.

Essa informação entre as operadoras deve ser tempestiva, ou seja, no momento em que a operadora que prestou atendimento identifique o valor que deverá ser repassado pela operadora que detém o contrato, deverá avisar imediatamente, para que a operadora detentora do contrato possa efetuar o lançamento contábil da despesa de acordo com o princípio da competência.

D – 411111011/21/31/41/51/61 Eventos Conhecidos ou Avisados de Assistência Médico Hospitalar – Intercâmbio eventual C – 211119033 Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar – Intercâmbio Eventual

c) Registro do pagamento efetuado a operadora que prestou atendimento.

D – 211119033 Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar

C – Caixa e/ou Bancos

Operadora que prestou atendimento

a) Registro dos eventos cobrados pelos atendimentos do Intercâmbio Eventual, no momento do recebimento da conta.

D – 124119022/124129022 Contas a Receber/Intercâmbio a Receber – Atendimento Eventual - Reembolso

C – 214119011 Prestadores de Serviços de Assistência a Saúde – Não relacionados com planos de saúde da operadora

b) Pode ocorrer a situação em que a operadora que prestou o atendimento cobre um valor diferente do valor que deverá pagar ao prestador. Essa diferença ocorre nas situações em que é utilizada uma tabela específica para as operações de intercâmbio que é diferente da tabela utilizada pela operadora que prestou o atendimento com os seus prestadores.

Nessa situação, a operadora que prestou o atendimento apresentará uma variação patrimonial em relação a essa diferença, que pode ser a maior ou menor em relação ao valor que efetuará o pagamento ao prestador.

Se a diferença for a maior, a operadora que prestou o atendimento efetuará o seguinte registro contábil, e nesse caso, a operadora deverá emitir um documento fiscal, porque de fato está realizando uma receita:

D – 124119021/124129021 Contas a Receber/Intercâmbio a Receber – Atendimento Eventual – Taxa de Administração

C – 332179012/332169012 - Receita com Intercâmbio Eventual por Diferença de Tabela.

Se a diferença for a menor, a operadora que prestou a atendimento efetuará o seguinte registro contábil:

D – 442219011/442229011 – Despesas com Intercâmbio Eventual por Diferença de Tabela

C – 214119011/214129011 Prestadores de Serviços de Assistência a Saúde – Não relacionados com planos de saúde da operadora

b) Registro do fato gerador da receita com a taxa de Intercâmbio Eventual. Com emissão de um documento fiscal

D – 124119021/124129021 Contas a Receber/Intercâmbio a Receber – Atendimento Eventual – Taxa de Administração

C – 332169011/332179011 Taxa de Administração - Intercâmbio Eventual

c) Registros dos valores recebidos da Operadora que detém o Risco

D – Caixa e/ou Bancos

C – 124119021/124129021 Contas a Receber/Intercâmbio a Receber – Atendimento Eventual – Taxa de Administração

C - 124119022/124129022 Contas a Receber/Intercâmbio a Receber – Atendimento Eventual - Reembolso

d) Registro do pagamento efetuado ao prestador que atendeu ao beneficiário.

D – 214119011/214129011 Prestadores de Serviços de Assistência a Saúde – Não relacionados com planos de saúde da operadora

C – Caixa ou Bancos

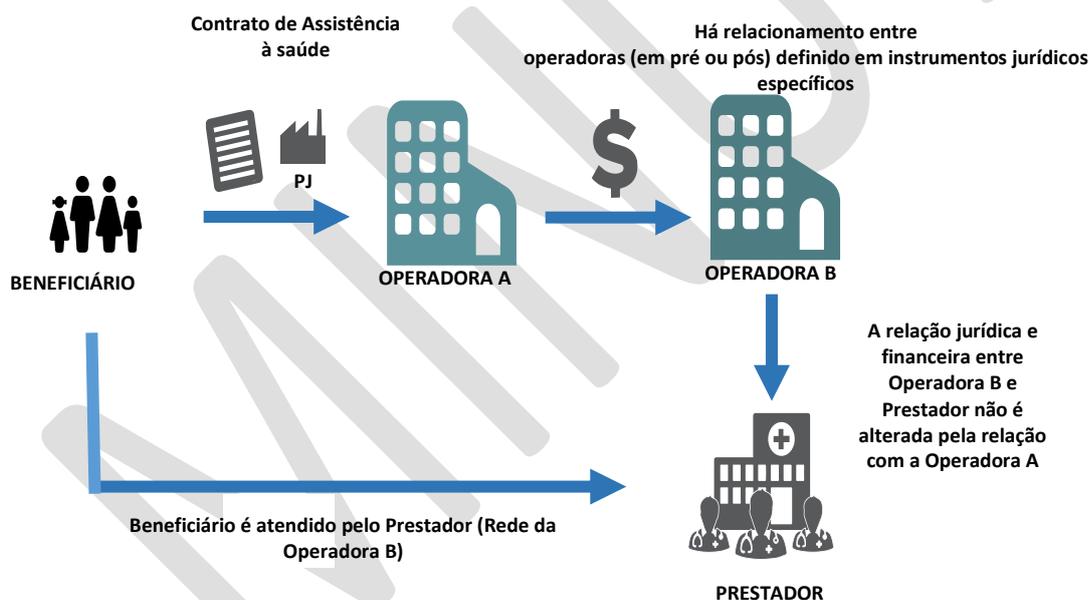
6.2) OPERAÇÕES DE CORRESPONSABILIDADE PARA ATENDIMENTO DOS BENEFICIÁRIOS (*Operação de intercâmbio definitivo ou habitual/ convênios de reciprocidade / aluguel de rede / repasse em pré-pagamento / repasse em pós pagamento ou em custo operacional/ risco cedido*)

Ocorre quando um beneficiário de uma operadora com a qual mantém vínculo contratual é atendido por outra operadora, e por um acordo ou contratação entre as operadoras, o atendimento pode ser feito de forma continuada.

Tais operações também são comumente conhecidas como intercâmbio definitivo ou habitual com repasse em pré-pagamento ou em custo operacional (entre as cooperativas médicas e odontológicas), reciprocidade (entre as autogestões) e contratações de repasse ou de risco cedido em pré ou pós (entre medicinas de grupo e odontologia de grupo) e visam a viabilizar a cobertura de assistência à saúde prevista contratualmente nos planos comercializados ou disponibilizados em contratos coletivos, em uma região a qual a operadora não possui vínculo direto com a rede. Neste caso, a operadora indica uma rede de outra operadora para atendimento aos beneficiários, de forma continuada em determinada região.

Se a operadora que prestar o atendimento utilizar sua própria rede, que opere no mesmo CNPJ que a operadora, deve registrar a operação observando o item 4 desse manual.

Resumo de operação de corresponsabilidade para atendimento dos beneficiários:



Para fins das orientações a seguir, esclareça-se que:

- A operadora que mantém vínculo com beneficiários será denominada Operadora “A” e que operadora que presta atendimento será denominada Operadora “B”;
- Embora a relação jurídica entre as operadoras possa se dar por meio de instrumentos jurídicos que não necessariamente recebam a terminologia de contrato, tal relação será representada como uma contratação entre a Operadora “A” e Operadora “B” para fins de ilustração das diversas situações a seguir.

6.2.1) Situação 1: Quando a Pessoa Jurídica contrata a Operadora “A” em preço preestabelecido (pagando contraprestação/mensalidade) e a Operadora “A” firma com a Operadora “B” compromisso de corresponsabilidade para atendimento dos beneficiários em preço preestabelecido (valor fixo per capita), para viabilizar o acesso de (alguns dos) seus beneficiários à rede da Operadora “B”, a contabilização deve ser efetuada conforme a seguir:

Operadora A

1º) Pela emissão da contraprestação de contratos de cobertura assistencial de preço preestabelecido com pessoa jurídica:

D – 1231X101 – Contraprestação Pecuniária/Prêmios a Receber
C – 2111X9011 – Provisão de Prêmio/Contraprestação Não Ganha - PPCNG

2º) Pela apropriação da contraprestação de contratos de cobertura assistencial de preço preestabelecido com pessoa jurídica:

D – 2111X9011 – Provisão de Prêmio/Contraprestação Não Ganha - PPCNG
C – 3111X20XX – Contraprestação Emitida

3º) Pela pactuação com a Operadora B do compromisso de corresponsabilidade para atendimento dos beneficiários em preço preestabelecido:

D – 3117X10XX (-) Contraprestação de corresponsabilidade transferida/Cobertura Assistencial com Preço Pré-estabelecido
C – 2135X1011 – Intercâmbio a Pagar de Corresponsabilidade Transferida - Preço Preestabelecido

4º) Pelo recebimento da contraprestação paga pelo contratante:

D – 121319011 – Bancos Conta Movimento
C – 1231X101 – Contraprestação Pecuniária/Prêmios a Receber

5º) Pelo pagamento à Operadora B pela corresponsabilidade cedida:

D – 2135X1011 – Intercâmbio a Pagar de Corresponsabilidade Transferida - Preço Preestabelecido
C – 121319011 – Bancos Conta Movimento

Operadora B - Para operadora a cobertura deve ser reconhecida como preço preestabelecido (natureza da relação jurídica com a Operadora A)

6º) Pela assunção de compromisso de corresponsabilidade para atendimento dos beneficiários (da Operadora A) em preço preestabelecido:

D – 1234X1011 - Contraprestação Corresponsabilidade Assumida
C – 2111X9011 – Provisão de Prêmio/Contraprestação Não Ganha - PPCNG

7º) Pelo recebimento da contraprestação da corresponsabilidade assumida:

D – 121319011 – Bancos Conta Movimento
C – 1234X1011 – Contraprestação Corresponsabilidade Assumida

8º) Pela apropriação da contraprestação da corresponsabilidade assumida em preço preestabelecido:

D – 2111X9011 – Provisão de Prêmio/Contraprestação Não Ganha – PPCNG
C – 3111X10X6 – Corresponsabilidade Assumida

9º) Pela apropriação da despesa dos eventos ocorridos e não avisados de beneficiários da Operadora A decorrentes da corresponsabilidade assumida:

D – 4141X9011 – Provisão de Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados
C – 2111X9041 – Provisão de Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados

10º) Pela apropriação da despesa dos eventos conhecidos de beneficiário da Operadora A decorrentes da corresponsabilidade assumida:

D – 4111X10XX – Despesa com Eventos/Sinistros...
C – 2111X903X – Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para Outros Prestadores

11º) Pelo pagamento ao prestador do atendimento assistencial:

D – 2111X903X – Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para Outros Prestadores
C – 121319011 – Bancos Conta Movimento

Operadora A

12º) Pelo recebimento da informação da Operadora B do valor dos atendimentos assistenciais prestados aos beneficiários em corresponsabilidade (apenas para fins de registro do atendimento em corresponsabilidade):

D - 4111X10XX – Despesa com Eventos/Sinistros
C - 2111X9033 – Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para Outros Prestadores
D - 2111X9033 – Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para Outros Prestadores
C - 4111X10XX – Despesa com Eventos/Sinistros

6.2.2) Situação 2: Quando a Pessoa Jurídica contrata a Operadora “A” em preço preestabelecido (pagando contraprestação/mensalidade) e a Operadora “A” firma com a Operadora “B” compromisso de corresponsabilidade para atendimento dos beneficiários em preço pós-estabelecido (atendimento dos beneficiários + taxa de administração), para viabilizar o acesso de (alguns dos) seus beneficiários à rede da Operadora “B”, a contabilização deve ser efetuada conforme a seguir:

Operadora A

1º) Pela emissão da contraprestação de contratos de cobertura assistencial de preço preestabelecido com pessoa jurídica:

D – 1231X101 – Contraprestação Pecuniária/Prêmios a Receber
C – 2111X9011 – Provisão de Prêmio/Contraprestação Não Ganha - PPCNG

2º) Pela apropriação da contraprestação de contratos de cobertura assistencial de preço preestabelecido com pessoa jurídica:

D – 2111X9011 – Provisão de Prêmio/Contraprestação Não Ganha - PPCNG
C – 3111X20XX – Contraprestação Emitida

3º) Pela pactuação com a Operadora B do compromisso de corresponsabilidade para atendimento dos beneficiários em preço pós-estabelecido:

Sem lançamentos neste momento, uma vez que o pagamento à Operadora “B” ocorrerá apenas após utilização de seus beneficiários na rede.

4º) Pelo recebimento da contraprestação paga pelo contratante:

D – 121319011 – Bancos Conta Movimento

C – 1231X101 – Contraprestação Pecuniária/Prêmios a Receber

5º) Pela apropriação da despesa dos eventos ocorridos e não avisados:

D – 4141X9011 – Provisão de Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados

C – 2111X9041 – Provisão de Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados

Operadora B – Para essa operadora a cobertura deve ser reconhecida como preço pós-estabelecido (natureza da relação jurídica com a Operadora A)

6º) Pela apropriação da despesa dos eventos conhecidos de beneficiários da Operadora A decorrentes da corresponsabilidade assumida:

D – 4111X20XX – Despesa com Eventos/Sinistros

C – 2111X903X – Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para Outros Prestadores

7º) Pelo pagamento ao prestador do atendimento assistencial:

D – 2111X903X – Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para Outros Prestadores

C – 121319011 – Bancos Conta Movimento

8º) Pela cobrança de contraprestação pela corresponsabilidade assumida de atendimento dos beneficiários (da Operadora A) em preço pós-estabelecido, por conta dos atendimentos realizados:

D – 1234X2011 – Contraprestação Corresponsabilidade Assumida

C – 3111X20X6 – Corresponsabilidade Assumida

Operadora A - Deve ser reconhecida como preço preestabelecido (natureza do contrato com a pessoa jurídica/beneficiário da Operadora A)

9º) Pela cobrança da contraprestação (da Operadora B) pela corresponsabilidade para atendimento dos beneficiários:

D – 3117X10XX (-) Contraprestação de corresponsabilidade transferida/Cobertura Assistencial com Preço Pré-estabelecido

C – 2135X2011 – Intercâmbio a Pagar de Corresponsabilidade Transferida - Preço Pós -Estabelecido

13º) Pelo pagamento à Operadora B pela corresponsabilidade cedida:

D – 2135X2011 – Intercâmbio a Pagar de Corresponsabilidade Transferida - Preço Pós-Estabelecido

C – 121319011 – Bancos Conta Movimento

Operadora B

10º) Pelo recebimento da contraprestação pela corresponsabilidade assumida:

D – 121319011 – Bancos Conta Movimento

C – 1234X2011 – Contraprestação Corresponsabilidade Assumida

6.2.3) Situação 3: Quando a Pessoa Jurídica contrata a Operadora “A” em preço pós-estabelecido (pagando contraprestação apenas em função do atendimento dos beneficiários + taxa de administração) e a Operadora “A” firma com a Operadora “B” compromisso de corresponsabilidade para atendimento dos beneficiários em preço pós-estabelecido (atendimento dos beneficiários + taxa de administração), para viabilizar o acesso de (alguns dos) seus beneficiários à rede da Operadora “B”, a contabilização deve ser efetuada conforme a seguir:

Operadora A

1º) Pela contratação de cobertura assistencial de preço pós-estabelecido com pessoa jurídica:

Sem lançamentos neste momento, uma vez que só haverá cobrança caso haja utilização dos beneficiários.

2º) Pela pactuação com a Operadora B do compromisso de corresponsabilidade para atendimento dos beneficiários em preço pós-estabelecido :

Sem lançamentos neste momento, uma vez que o pagamento à Operadora “B” ocorrerá apenas após utilização de seus beneficiários na rede.

Operadora B – Para operadora a cobertura deve ser reconhecida como preço pós-estabelecido (natureza da relação jurídica com a Operadora A)

3º) Pela apropriação da despesa dos eventos conhecidos de beneficiários da Operadora A decorrentes da corresponsabilidade assumida:

D – 4111X20XX – Despesa com Eventos/Sinistros

C – 2111X903X – Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para Outros Prestadores

4º) Pelo pagamento ao prestador do atendimento assistencial:

D – 2111X903X – Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para Outros Prestadores

C – 121319011 – Bancos Conta Movimento

5º) Pela cobrança de contraprestação pela corresponsabilidade assumida de atendimento dos beneficiários (da Operadora A) em preço pós-estabelecido, por conta dos atendimentos realizados::

D – 1234X2011 – Contraprestação Corresponsabilidade Assumida

C – 3111X20X6 – Corresponsabilidade Assumida

Operadora A - Para operadora a cobertura deve ser reconhecida como preço pós-estabelecido (natureza do contrato com a pessoa jurídica/beneficiário da Operadora A)

6º) Pela cobrança da contraprestação (da Operadora B) pela corresponsabilidade para atendimento dos beneficiários:

D – 3117X20XX (-) Contraprestação de corresponsabilidade transferida/Cobertura Assistencial com Preço Pós-estabelecido

C – 2135X2011 – Intercâmbio a Pagar de Corresponsabilidade Transferida - Preço Pós-estabelecido

7º) Pelo pagamento à Operadora B pela corresponsabilidade cedida:

D – 2135X2011 – Intercâmbio a Pagar de Corresponsabilidade Transferida - Preço Pós-estabelecido

C – 121319011 – Bancos Conta Movimento

8º) Pela emissão da contraprestação de contratos de cobertura assistencial de preço pós-estabelecido com pessoa jurídica:

D – 1231X201 – Contraprestação Pecuniária/Prêmios a Receber

C - 3111X20XX – Contraprestação Emitida

9º) Pelo recebimento da contraprestação paga pelo contratante:

D – 121319011 – Bancos Conta Movimento

C – 1231X201 – Contraprestação Pecuniária/Prêmios a Receber

6.2.4) Situação 4: Quando a Pessoa Jurídica contrata a Operadora “A” em preço pós-estabelecido (pagando contraprestação apenas em função do atendimento dos beneficiários + taxa de administração) e a Operadora “A” firma com a Operadora “B” compromisso de corresponsabilidade para atendimento dos beneficiários em preço preestabelecido (valor fixo per capita), para viabilizar o acesso de (alguns dos) seus beneficiários à rede da Operadora “B”, a contabilização deve ser efetuada conforme a seguir:

Operadora A

1º) Pela contratação de cobertura assistencial de preço pós-estabelecido com pessoa jurídica:

Sem lançamentos neste momento, uma vez que só haverá cobrança caso haja utilização dos beneficiários.

2º) Pela pactuação com a Operadora B do compromisso de corresponsabilidade para atendimento dos beneficiários em preço preestabelecido (deve ser reconhecida a natureza do contrato com a pessoa jurídica) :

D – 3117X20XX (-) Contraprestação de corresponsabilidade transferida/Cobertura Assistencial com Preço Pós-estabelecido

C – 2135X1011 – Intercâmbio a Pagar de Corresponsabilidade Transferida - Preço Preestabelecido

3º) Pelo pagamento à Operadora B pela corresponsabilidade cedida:

D – 2135X1011 – Intercâmbio a Pagar de Corresponsabilidade Transferida - Preço Preestabelecido

C – 121319011 – Bancos Conta Movimento

Operadora B - Para operadora a cobertura deve ser reconhecida como preço preestabelecido (natureza da relação jurídica com a Operadora A)

4º) Pela assunção de compromisso de corresponsabilidade para atendimento dos beneficiários (da Operadora A) em preço preestabelecido :

D – 1234X1011 - Contraprestação Corresponsabilidade Assumida

C – 2111X9011 – Provisão de Prêmio/Contraprestação Não Ganha - PPCNG

5º) Pelo recebimento da contraprestação pela corresponsabilidade assumida:

D – 121319011 – Bancos Conta Movimento

C – 1234X1011 – Contraprestação Corresponsabilidade Assumida

6º) Pela apropriação da contraprestação pela corresponsabilidade assumida de atendimento aos beneficiários da Operadora A em preço preestabelecido:

D – 2111X9011 – Provisão de Prêmio/Contraprestação Não Ganha – PPCNG

C – 3111X10X6 – Corresponsabilidade Assumida

7º) Pela apropriação da despesa dos eventos ocorridos e não avisados de beneficiários da Operadora A decorrentes da corresponsabilidade assumida:

D – 4141X9011 – Provisão de Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados

C – 2111X9041 – Provisão de Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados

8º) Pela apropriação da despesa dos eventos conhecidos de beneficiários da Operadora A decorrentes da corresponsabilidade assumida:

D – 4111X10XX – Despesa com Eventos/Sinistros...

C – 2111X903X – Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para Outros Prestadores

9º) Pelo pagamento ao prestador do atendimento assistencial:

D – 2111X903X – Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para Outros Prestadores

C – 121319011 – Bancos Conta Movimento

Operadora A

10º) Pelo recebimento da informação da Operadora B do valor dos atendimentos assistenciais prestados aos beneficiários em corresponsabilidade (para fins de registro do atendimento em corresponsabilidade e para gerar cobrança para contrato em pós):

D - 4111X20XX – Despesa com Eventos/Sinistros

C - 2111X9033 – Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para Outros Prestadores

D - 2111X9033 – Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para Outros Prestadores

C - 4111X20XX – Despesa com Eventos/Sinistros

11º) Pela emissão da contraprestação de contratos de cobertura assistencial de preço pós-estabelecido com pessoa jurídica:

D – 1231X201 – Contraprestação Pecuniária/Prêmios a Receber

C – 3111X20XX – Contraprestação Emitida

12º) Pelo recebimento da contraprestação paga pelo contratante:

D – 121319011 – Bancos Conta Movimento

C – 1231X201 – Contraprestação Pecuniária/Prêmios a Receber

7) REGISTRO DE PROVISÕES JUDICIAIS

De acordo com o CPC 25 - Provisões, Passivos Contingentes e Ativos Contingentes, uma provisão é um passivo de prazo ou valor incertos.

Uma provisão deve ser reconhecida quando, e apenas quando:

- a) uma entidade tem uma obrigação presente (legal ou não formalizada) como resultado de um evento passado;
- b) é provável (ou seja, mais provável que sim do que não) que uma saída de recursos que incorporam benefícios econômicos será necessária para liquidar a obrigação; e
- c) possa ser feita uma estimativa confiável do valor da obrigação. Esse Pronunciamento Técnico ressalta que uma estimativa confiável não pode ser feita apenas em casos extremamente raros.

Em casos raros, não é claro se existe, ou não, uma obrigação presente. Nesses casos, presume-se que um evento passado dá origem a uma obrigação presente se, levando em consideração toda a evidência disponível, é mais provável do que não que existe uma obrigação presente na data do balanço.

Quando uma entidade está sujeita à obrigação legal é improvável que essa obrigação não seja reconhecida nas demonstrações contábeis. Uma obrigação originada em lei só poderá ser tratada como remota ou possível se houver um fato específico que suporte esse julgamento, por exemplo, uma jurisprudência pacificada.

Nenhum item registrado nas demonstrações contábeis como provisões tributárias será passível de baixa, à exceção da ocorrência de um fato novo, como julgamento da ação em transitado em julgado.

O lançamento contábil referente a provisões deve ser efetuado pela essência da operação, o fato de a operadora ter que liquidar uma obrigação, amigável ou judicialmente, não deve alterar o registro contábil no resultado das operadoras, esse conceito é o que preconiza a aplicação da essência econômica sobre a forma jurídica.

Se a operadora estiver discutindo uma ação judicial e o tema for horas-extras, e de acordo com o que prevê o CPC 25 essa ação for considerada como perda provável, deverá registrar essa ação como:

D – 461219015 – Despesas com Empregados – Reclamações Trabalhistas

C – 215319013/235329013 – Provisões para Ações Judiciais – Ações Trabalhistas.

Se a operadora estiver discutindo uma ação judicial de um imóvel em que seja locatária, cujo tema for, por exemplo, reajuste de contrato de locação, e de acordo com o que prevê o CPC 25 essa ação for considerada como perda provável, deverá registrar essa ação como:

D – 463119011 – Despesas com Localização e Manutenção – Aluguel

C – 215319012/235329012/21112902/21112903/23112902/23112903 – Provisões para Ações Judiciais – Ações Cíveis

Se a operadora estiver discutindo uma dívida tributária, deverá registrar essa ação como:

D – 321 Tributos diretos de operações com planos de Assistência à Saúde da Operadora ou 322 Tributos diretos de outras atividades de assistência à saúde ou 465 Despesas com Tributos

C – 215319011/235329011 – Provisões para Ações Judiciais – Ações Tributárias.

Se a operadora estiver discutindo judicialmente o pagamento de um evento, e de acordo com o que prevê o CPC 25 essa ação considerada como perda provável, deverá registrar essa ação como:

D – 4111 – Despesas com Eventos ou Sinistros a Liquidar

C – 21111902/21111903/23111902/23111903 – Provisão para Eventos/Sinistros a Liquidar

Se a operadora estiver discutindo judicialmente o pagamento de danos morais relacionados a um beneficiário e de acordo com o que prevê o CPC 25 essa ação for considerada como perda provável, deverá registrar essa ação como:

D – 441319016 – Reclamações Judiciais por Danos Morais – Beneficiários de Planos de Saúde

C – 215319012/235329012 – Provisões para Ações Judiciais – Ações Cíveis

Se a operadora estiver discutindo uma ação judicial e o tema for vínculo com serviços de terceiros, e de acordo com o que prevê o CPC 25 essa ação for considerada como perda provável, deverá registrar essa ação como:

D – 462119016 – Remuneração por Serviços de Terceiros - Reclamações Judiciais

C – 215319012/235329012 – Provisões para Ações Judiciais – Ações Cíveis

Não existem despesas com ações judiciais genéricas, a contabilidade sempre requer uma informação qualitativa das despesas incorridas na operadora. Se fosse admitida a expressão genérica e uma operadora

discutisse o pagamento de todos os seus eventos, a sinistralidade da operadora seria nula, o que não faria nenhum sentido em termos de informação econômica.

8) REGISTRO DE IMPOSTO DE RENDA E CONTRIBUIÇÃO SOCIAL SOBRE LUCRO LÍQUIDO

As operadoras que são tributadas com base no lucro real, antecipam imposto durante o ano para apurar o valor real devido na data base de 31/12.

Os valores devidos apurados parcialmente no mês são registrados da seguinte forma:

D – 61119011 - Imposto de Renda da Pessoa Jurídica
C - 21619011 – Imposto de Renda da Pessoa Jurídica a Pagar
D – 61129011 - Contribuição Social sobre o Lucro Líquido – CSLL
C - 21619021 – Contribuição Social sobre o Lucro Líquido a Pagar

Os valores antecipados ao longo do exercício social devem ser registrados da seguinte forma:

D – 21619012 – (-) Antecipação do IRPJ
C – Banco ou Caixa
D – 21619022 – (-) Antecipação de CSLL
C – Banco ou Caixa

Essa antecipação deve ser registrada como redutora do passivo até o limite do saldo da conta 21619011 – Imposto de Renda da Pessoa Jurídica a Pagar. Se a antecipação ultrapassar o valor do imposto apurado, a diferença deve ser registrada na conta 12619013 – Antecipações de Imposto de Renda – Ativo Circulante.

O mesmo raciocínio deve ser utilizado para a Contribuição Social sobre Lucro Líquido, substituindo as contas específicas existentes para registrar a operação.

9) PROGRAMAS OU FUNDOS ESPECIAIS PARA CUSTEIO DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Com vistas a mitigar os riscos da operação de planos de saúde, algumas operadoras aderem a programas ou fundos especiais que têm como objeto o suporte ao custeio de despesas de assistência à saúde.

Esses programas ou fundos são formados por várias operadoras que buscam maior liquidez em determinadas situações previstas em seus contratos como garantia financeira de remidos, eventos indenizáveis relacionados a internações de alto custo ou procedimentos de alta complexidade, etc.

Em síntese, as operadoras contribuem com montantes financeiros prefixados e solicitam reembolso/ressarcimento junto ao programa ou fundo de eventos de alta severidade, que são efetivados em observância a limites e condições pactuadas em regulamento próprio.

Algumas operadoras são administradoras dos recursos financeiros coletados pelas demais junto ao fundo, atuando ainda na regulação das contas de forma a reduzi-la a um valor mais adequado, de acordo com conceitos ou critérios econômicos e médico-assistenciais.

Nas Operadora participante do programa/fundo a contabilização deve ser efetuada conforme a seguir:

1º) Pela cobrança da contribuição mensal do programa/fundo. Deve ser reconhecida na despesa os valores correspondentes à taxa de administração do programa/fundo e no ativo os valores destinados para reembolsos/ressarcimentos de contas:

D – 4413X9019 – Outras Despesas (*pelo valor da taxa de administração*)

D – 1239X1088 - Outros Créditos de Operações de Assistência Médico-Hospitalar (*pelo valor destinado para reembolsos/ressarcimentos de contas*)

C – 2138X9081 – Outros Débitos de Operações com Planos de Assistência

2º) Pelo pagamento da contribuição e taxa de administração ao fundo:

D – 2138X9081 – Outros Débitos de Operações com Planos de Assistência

C – 121319011 – Bancos Conta Movimento

3º) Pelo recebimento de reembolso/ressarcimento de contas junto ao programa/fundo:

D – 121319011 – Bancos Conta Movimento

C – 1239X1088 - Outros Créditos de Operações de Assistência Médico-Hospitalar

Eventual saldo devedor da operadora com o programa/fundo deverá ser reclassificado para a conta 2138X9081 – Outros Débitos de Operações de Planos de Assistência, devendo ser imediatamente baixado quando ocorrer novo pagamento de contribuição pela operadora ao fundo/programa.

Nas operadoras que atuam na administração desses programas/fundos a contabilização deve ser efetuada conforme a seguir:

1º) Pela cobrança da contribuição mensal do programa/fundo. Deve ser reconhecida na despesa os valores correspondentes à taxa de administração do programa/fundo e no ativo os valores destinados para reembolsos/ressarcimentos de contas:

D – 1241X9088 - Outros Créditos de Operações de Prestação de Serviços Médico-Hospitalar (*pelo valor destinado para reembolsos/ressarcimentos de contas*)

C – 3321X9011 - Receita com Prestação de Serviços (*pelo valor da taxa de administração*)

C – 214889081 – Outros Débitos Não relacionados com Planos de Saúde da Operadora

2º) Pelo recebimento da contribuição e taxa de administração ao fundo:

D – 121319011 – Bancos Conta Movimento

C – 1241X9088 – Outros Créditos de Operações de Prestação de Serviços Médico Hospitalar

3º) Pelo Pagamento do reembolso/ressarcimento de contas às operadoras:

D – 214889081 – Outros Débitos Não relacionados com Planos de Saúde da Operadora

C – 121319011 – Bancos Conta Movimento

Eventual saldo credor da operadora administradora do programa/fundo com alguma operadora participante deverá ser reclassificado para a conta 1241X9088 – Outros Créditos de Operações de Prestação de Serviços Médico Hospitalar, devendo ser imediatamente baixado quando ocorrer novo recebimento de contribuição pela operadora devedora ao fundo/programa.

” (NR)

ANEXO II

ANEXO I

**PROCEDIMENTOS PREVIAMENTE ACORDADOS – PPA
SOBRE A PROVISÃO DE EVENTOS/SINISTROS A LIQUIDAR - DIOPS/ANS**

Data-base do DIOPS: ____ trimestre de _____.

1 – DIOPS Financeiro e Balancete

- 1.1 - Com base no balancete de verificação devidamente assinado pelo Contabilista e pelo administrador responsável da Operadora, elaborado para a data-base sob exame, preencher o quadro abaixo com o saldo final das classes e grupos de contas identificados, que serão informados no DIOPS:

	Contas	Saldo – R\$
2 -	1 – Ativo	
	12 – Ativo Circulante	
	13 – Ativo Não Circulante	
	2 – Passivo	
	21 – Passivo Circulante	
	23 – Passivo Não Circulante	
	25 – Patrimônio Líquido/ Patrimônio Social	
	3 – Receita	
	31 – Receita com Operações de Assistência à Saúde	
	32 – (-) Tributos Diretos de Operações de Assistência à Saúde	
	33 – Outras Receitas Operacionais	
	34 – (-) Tributos Diretos de Outras Atividades de Assistência à Saúde	
	35 – Receitas Financeiras	
	36 – Receitas Patrimoniais	
	4 – Despesa	
	41 – Eventos Indenizáveis Líquidos/Sinistros Retidos	
	43 – Despesas de Comercialização	
	44 – Outras Despesas Operacionais	
	45 – Despesas Financeiras	
	46 – Despesas Administrativas	
	47 – Despesas Patrimoniais	
	61 – Impostos e Participações sobre o Lucro	
	69 – Apuração de Resultado	

EVENTOS / SINISTROS A LIQUIDAR**Controle Gerencial (Relatório analítico)**

- 2.1 – A operadora dispõe dos seguintes controles gerenciais obrigatórios para comprovar as operações registradas na contabilidade:

Registro de Eventos/Sinistros Conhecidos ou Avisados	Sim? ()	Não? ()
Registro de Eventos/Sinistros Ressarcidos ou Recuperados	Sim?	Não?

	()	()
--	-----	-----

2.1.1 - O saldo de Eventos/Sinistros Conhecidos ou Avisados, demonstrado no Controle Gerencial (analítico), confere com o saldo apresentado no balancete contábil da data-base analisada?

() Sim.

() Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

2.1.2 – Os Eventos/Sinistros Conhecidos ou Avisados referentes a beneficiário assumidos em operações de corresponsabilidade no atendimento estão identificados no Controle Gerencial (analítico)?

() Sim.

() Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

() A operadora não possui operações de corresponsabilidade de atendimento de beneficiários no período.

2.1.3 – Os Eventos/Sinistros Conhecidos ou Avisados, bem como aqueles ressarcidos ou recuperados, demonstrados no Controle Gerencial (analítico), possuem detalhamento que possibilite a identificação da data ou mês da ocorrência dos eventos?

() Sim.

() Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

2.1.4 A partir dos Controles Gerenciais que dão suporte aos lançamentos contábeis de Eventos Indenizáveis Líquidos / Sinistros Retidos apropriados no trimestre, preencher o quadro abaixo:

Descrição	Valor R\$
Eventos Indenizáveis Líquidos / Sinistros Retidos referentes aos atendimentos de beneficiários da operadora	
Eventos Indenizáveis Líquidos / Sinistros Retidos referentes aos beneficiários atendidos por corresponsabilidade assumida	
Total de Eventos Indenizáveis Líquidos / Sinistros Retidos	

Contabilização, Competência e Plano de Contas Padrão

2.2 – Obter o saldo do Livro Razão e preencher o quadro abaixo com os valores que serão informados no DIOPS:

	Saldo Total		Diferença R\$
	Balancete Contábil R\$	Registro Auxiliar R\$	
Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar			
Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para o SUS – Passivo Circulante			(a)
Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para Outros Prestadores de Serviços Assistenciais – Passivo Circulante			(b)
Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para o SUS – Passivo Não Circulante			(c)

Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para Outros Prestadores de Serviços Assistenciais – Passivo Não Circulante			(d)
---	--	--	-----

Obter da Administração da OPS explicação para as eventuais diferenças, descrevendo-a de forma sucinta:

- (a) _____
_____;
- (b) _____
_____;
- (c) _____
_____;
- (d) _____
_____;

2.2.1 – O saldo total contabilizado na “Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para o SUS” confere com o relatório de Ressarcimento ao SUS disponibilizado pela ANS no site www.ans.gov.br?

Sim.

Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências e fundamentação do valor contabilizado.

2.2.2 - **Eventos/Sinistros a Liquidar** - com base no **Controle Gerencial** (relatório analítico) de Eventos/Sinistros Conhecidos ou Avisados, para a data- base analisada e contabilizados na “Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para Outros Prestadores de Serviços Assistenciais”, selecione, aleatoriamente, observando a distribuição abaixo, 15 (quinze) contas de eventos/sinistros médico-hospitalares e 15 (quinze) contas de eventos/sinistros odontológicos e aplique os procedimentos 2.2.2.1 a 2.2.2.4.

Distribuição das contas médico-hospitalares

- 10 (dez) contas médico-hospitalares de prestador pessoa física; e
- 5 (cinco) contas médico-hospitalares de prestador pessoa jurídica.

Distribuição das contas odontológicas

- 10 (dez) contas odontológicas de prestador pessoa física; e
- 5 (cinco) contas odontológicas de prestador pessoa jurídica.

2.2.2.1 – Os eventos / sinistros a liquidar estão suportados por documentos referentes à despesa médico-hospitalar / odontológica com o beneficiário do plano de saúde da operadora ou assumido em operações de corresponsabilidade para atendimento (nota fiscal, fatura ou boleto bancário), que fundamentam os valores a pagar ao prestador do serviço assistencial?

Sim.

Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

2.2.2.2 - Os eventos/sinistros a liquidar foram contabilizados na data da apresentação/aviso, ou seja, na data em que a OPS tomou conhecimento do gasto assistencial?

Sim.

Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

2.2.2.3 - A despesa (evento/sinistro) foi reconhecida pelo valor total da conta médica ou odontológica, sendo eventuais glosas ou co-participações, contabilizadas, posteriormente, como recuperação da despesa assistencial?

Sim.

Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

2.2.2.4 - A escrituração contábil, no Livro Razão, está de acordo com o Plano de Contas Padrão da ANS, quanto a:

2.2.1.4.1 - Codificação das contas

Sim?

Não? Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

2.2.1.4.2 - Descrição das contas

Sim?

Não? Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

2.2.1.4.3 - A contabilização do evento/sinistro, na data do aviso, foi a crédito da conta de Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar e a débito de Eventos/Sinistros Conhecidos ou Avisados?

Sim.

Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

2.2.1.4.4 - A contabilização do evento/sinistro, ocorreu conforme padronização disposta no Manual de Contabilidade?

Sim?

Não? Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

2.2.2 - **Eventos Subsequentes** - com base no **relatório de pagamentos** (movimento de caixa, extrato bancário ou outro controle que demonstre os pagamentos efetuados) do mês subsequente a data-base analisada, selecione, aleatoriamente, 10 (dez) pagamentos de eventos efetuados para prestador **pessoa jurídica** e 5 (cinco) pagamentos de eventos efetuados para prestador **pessoa física** e aplique os procedimentos 2.2.2.1 a 2.2.2.3:

2.2.2.1 - Os pagamentos selecionados referem-se a serviço médico/hospitalar/odontológico prestado a beneficiário de plano de saúde da operadora?

Sim.

Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

2.2.2.2 - Os eventos/sinistros que originaram os pagamentos selecionados haviam sido contabilizados na conta de Provisão para Eventos/Sinistros a Liquidar na data da apresentação/aviso, ou seja, na data em que a OPS tomou conhecimento do custo assistencial?

Sim.

Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS,

as explicações para as referidas divergências.

2.2.2.3 - As despesas (eventos/sinistros) referentes aos pagamentos selecionados foram reconhecidas pelo valor total da conta médico-hospitalar ou odontológica, sendo eventuais glosas ou co-participações, contabilizadas, posteriormente, como recuperação da despesa assistencial?

Sim.

Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

2.2.2.4 – Os eventos/sinistros selecionados conforme o item 2.2.1 e 2.2.2 acima, foram escriturados no **Registro Auxiliar**, mensal, por credor, contendo a data de aviso e o saldo da Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar, em atenção a RN n.º 227, de 2010?

Sim.

Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

3 - SEGREGAÇÃO POR DATA DE AVISO DOS EVENTOS/SINISTROS A LIQUIDAR

3.1 – **Registro Auxiliar** - A OPS dispõe do **Registro Auxiliar** obrigatório, mensal, por credor, contendo a data de aviso e o saldo da Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar, em conformidade com a RN n.º 227, de 2010?

Sim.

Não. Solicitar à Administração da OPS as explicações para ausência do referido relatório.

3.1.1 – Foram incorporados ao registro auxiliar, as informações referentes aos avisos de ressarcimento ao SUS, desde sua notificação pela ANS?

Sim.

Não. Solicitar à Administração da OPS as explicações para ausência do referido relatório.

3.2 – **Segregação** – Demonstrar, no quadro abaixo, o saldo da Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar a ser informado no DIOPS sob análise, em eventos/sinistros avisados nos últimos 30 dias e em eventos/sinistros avisados há mais de 30 dias:

Descrição	PESL ref. atendimentos dos beneficiários da operadora	PESL ref. beneficiários atendidos por corresponsabilidade assumida
Eventos/sinistros conhecidos ou avisados nos últimos 30/60 dias (*)		
Eventos/sinistros conhecidos ou avisados há mais de 30/60 dias (*)		
Total		

(*) Considerar os 30 dias que antecedem a data-base do último mês do trimestre sob análise (incluindo o último dia). Caso a operadora tenha apurado, em 31 de dezembro do exercício anterior, menos de 100 mil beneficiários, a segregação deverá ser feita em eventos/sinistros avisados nos últimos 60 dias e em eventos/sinistros avisados há mais de 60 dias.

3.2.1 – Teste de segregação do saldo de eventos/sinistros a liquidar

*Amostra: Com base no Registro Auxiliar (**) de Eventos/Sinistros a Liquidar do último mês do trimestre sob análise, selecione, aleatoriamente, 20 (vinte) contas médico-hospitalares e 20 (vinte) contas odontológicas classificadas em 'avisadas nos últimos 30 dias', observando a seguinte distribuição:*

*(**) Caso a OPS não prepare o Registro Auxiliar obrigatório (RN n.º 227/2010), a seleção das contas deve ser com base no Livro Razão.*

Contas médico-hospitalares

- 10 (dez) contas médico-hospitalares de prestador pessoa física; e
- 10 (dez) contas médico-hospitalares de prestador pessoa jurídica.

Contas odontológicas

- 10 (dez) contas odontológicas de prestador pessoa física; e
- 10 (dez) contas odontológicas de prestador pessoa jurídica.

Para as contas selecionadas, executar os seguintes procedimentos:

3.3.1.1 – verificar se a obrigação está reconhecida na data de aviso da conta médica /odontológica.

Sim?

Não? Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS as explicações para as mesmas.

3.3.1.2 - confirmar se estão corretamente classificadas, de acordo com a data de aviso, em eventos conhecidos ou avisados nos últimos 30/60 dias e há mais de 30/60 dias, conforme o porte da operadora?

Sim.

Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS as explicações para as mesmas.

4 - Garantia de Eventos/Sinistros por Depósito Judicial

4.1 – A OPS possui, para a data-base analisada, eventos/sinistros contabilizados e ainda não pagos contabilizados na Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar garantidos por depósito judicial?

Sim. Neste caso, obter, com a Administração da OPS, as informações e preencher o quadro abaixo.

Descrição	Valor R\$
Montante de eventos/sinistros a liquidar garantido por depósito judicial	
Valor do depósito judicial	

4.2 – Os depósitos judiciais acima descritos estão contabilizados na rubrica de “Depósitos judiciais - Eventos/Sinistros” determinada no plano de contas padrão?

Sim.

Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências e justificativa para o procedimento adotado pelo contador.” (NR)