

## ANEXO I

### Para todas as operadoras

**IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA OPERADORA:** (para todas as operadoras e anexos)

1. Código n.º _____	2. Razão Social _____	
3. CNPJ: _____	4. Período: ____ de ____	5. N.º de Beneficiários: _____
6. Tipo de comercialização: Exclusivamente odontológica: ( ) Sim ( ) Não		
7. Tipo de plano:		
7.1 ( ) Individual e familiar	7.2 ( ) Coletivo sem patrocinador	7.3 ( ) Coletivo com patrocinador
7.1.1 ( ) Beneficiários expostos	7.2.1 ( ) Beneficiários expostos	7.3.1 ( ) Beneficiários expostos
7.1.2 ( ) Expostos não beneficiários	7.2.2 ( ) Expostos não beneficiários	7.3.2 ( ) Expostos não beneficiários
7.1.3 ( ) Beneficiários não expostos	7.2.2 ( ) Beneficiários não expostos	7.3.2 ( ) Beneficiários não expostos
8. Taxa de Mortalidade Materna: _____	9. Coeficiente de Mortalidade Materna: _____	
10. Despesas não assistenciais: _____		

**1. Código número:** número de 6 dígitos que identifica o registro da operadora junto à ANS.

**2. Razão social:** este campo deve ser preenchido com a razão ou denominação social da operadora, sem abreviaturas.

**3. CNPJ:** número de 14 dígitos que identifica o Código Nacional de Pessoa Jurídica da operadora, utilizado em seu registro junto a ANS.

**4. Período:** identificação do trimestre e do ano das informações. São registrados por competência contábil e considerados os seguintes meses:

1º trimestre – meses de janeiro a março;

2º trimestre – meses de abril a junho;

3º trimestre – meses de julho a setembro;

4º trimestre – meses de outubro a dezembro.

**5. Número de beneficiários:** total de beneficiários da operadora no último dia útil do trimestre informado.

Beneficiários: para efeito da RDC 85, consideram-se beneficiários as pessoas físicas que contratam o plano privado de assistência à saúde ou aderem ao plano coletivo contratado por pessoa jurídica junto à operadora e seus dependentes.

**6. Tipo de segmentação dos planos comercializados - exclusivamente odontológico:**

- Sim – a operadora comercializa somente produtos de assistência odontológica;
- Não – a operadora comercializa produtos de assistência médico-hospitalar com ou sem assistência odontológica.

**7. Tipo de plano:**

**7.1. Individual e familiar:** contratado por pessoas físicas ou mantido por autogestões não patrocinadas. A contraprestação pecuniária é integralmente paga pelo beneficiário.

**7.1.1 Beneficiários expostos (B.E.):** beneficiários da operadora que envia as informações. O serviço de assistência à saúde é prestado majoritariamente por ela.

**7.1.2 Expostos não beneficiários (E.N.B.):** beneficiários de outra operadora. O serviço de assistência à saúde é prestado majoritariamente pela operadora que envia as informações.

**7.1.3 Beneficiários não expostos (B.N.E.):** beneficiários da operadora que envia as informações. O serviço de assistência à saúde é prestado majoritariamente por outra operadora.

7.2. **Coletivo sem patrocinador:** contratado por pessoa jurídica. A contraprestação pecuniária é integralmente paga, pelo beneficiário, diretamente à operadora.

7.2.1. **Beneficiários expostos (B.E.):** beneficiários da operadora que envia as informações. O serviço de assistência à saúde é prestado majoritariamente por ela.

7.2.2. **Expostos não beneficiários (E.N.B.):** beneficiários de outra operadora. O serviço de assistência à saúde é prestado majoritariamente pela operadora que envia as informações.

7.2.3. **Beneficiários não expostos (B.N.E.):** beneficiários da operadora que envia as informações. O serviço de assistência à saúde é prestado majoritariamente por outra operadora.

7.3. **Coletivo com patrocinador:** contratado por pessoa jurídica. A contraprestação pecuniária é, total ou parcialmente paga, pela pessoa jurídica contratante, à operadora.

7.3.1. **Beneficiários expostos (B.E.):** beneficiários da operadora que envia as informações. O serviço de assistência à saúde é prestado majoritariamente por ela.

7.3.2. **Expostos não beneficiários (E.N.B.):** beneficiários de outra operadora. O serviço de assistência à saúde é prestado majoritariamente pela operadora que envia as informações.

7.3.3. **Beneficiários não expostos (B.N.E.):** beneficiários da operadora que envia as informações. O serviço de assistência à saúde é prestado majoritariamente por outra operadora.

**8. Taxa de mortalidade materna (TMM):** Razão entre o número de óbitos maternos ocorridos em determinado local e ano e o número de mulheres de 15 a 49 anos no mesmo local e ano, multiplicada por 100.000.

Óbito materno: Segundo a CID-10, é a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.

$$\text{TMM} = \frac{\text{N.º de óbitos maternos em determinado local e ano}}{\text{N.º de mulheres de 15 a 49 anos no mesmo local e ano}} \times 100.000;$$

**9. Coeficiente de mortalidade materna (CMM):** Razão entre o número de óbitos maternos ocorridos em determinado local e ano e o número de nascidos vivos no mesmo local e ano, multiplicada por 100.000.

Óbito materno: Segundo a CID-10, é a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.

$$\text{CMM} = \frac{\text{N.º de óbitos maternos em determinado local e ano}}{\text{N.º de nascidos vivos no mesmo local e ano}} \times 100.000;$$

**10. Despesas não assistenciais:** valor total, expresso em Real, das despesas administrativas da operadora e outras não relacionadas à prestação da assistência direta ao beneficiário.

## ANEXO II

**Para operadoras com até 100.000 beneficiários que operam planos de assistência médico-hospitalar com ou sem assistência odontológica.**

1. N.º de beneficiários:				
2. Taxa de mortalidade materna:				
3. Coeficiente de mortalidade materna:				
4. Item de despesa	5. N.º de expostos	6. N.º de eventos	7. Total de despesa	8. Recuperação por indenização de despesa assistencial
4.1 Consultas médicas				
4.2 Exames complementares				
4.3 Terapias				
4.4 Outros Atendimentos Ambulatoriais				
4.5 Internações				
4.5.1 Parto normal		*		
4.5.2 Parto cesáreo		*		
4.5.3 Atendimento ao RN na sala parto		*		
4.5.4 Nascido vivo prematuro		*		
4.5.5 Nascido vivo a termo		*		
4.5.6 Nascido morto		*		
4.6 Consultas odontológicas	**	**	**	**
4.7 Exames odontológicos complementares	**	**	**	**
4.8 Proced. odontológicos preventivos	**	**	**	**
4.9 Outros procedimentos odontológicos	**	**	**	**
4.10 Demais despesas assistenciais	**	**	**	**

\* informação devida a partir do terceiro trimestre de 2002.

\*\* informação devida a partir do primeiro trimestre de 2004, para as operadoras que operam planos de assistência médico-hospitalar com assistência odontológica.

**1. Número de beneficiários:** total de beneficiários da operadora no tipo de plano e grupo de beneficiário, no último dia útil do trimestre informado.

Beneficiários: para efeito da RDC 85, consideram-se beneficiários as pessoas físicas que contratam o plano privado de assistência à saúde ou aderem ao plano coletivo contratado por pessoa jurídica junto à operadora e seus dependentes.

**2. Taxa de mortalidade materna (TMM):** Razão entre o número de óbitos maternos ocorridos em determinado local e ano e o número de mulheres de 15 a 49 anos no mesmo local e ano, multiplicada por 100.000.

Óbito materno: Segundo a CID-10, é a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.

$$\text{TMM} = \frac{\text{N.º de óbitos maternos em determinado local e ano}}{\text{N.º de mulheres de 15 a 49 anos no mesmo local e ano}} \times 100.000;$$

**3. Coeficiente de mortalidade materna (CMM):** Razão entre o número de óbitos maternos ocorridos em determinado local e ano e o número de nascidos vivos no mesmo local e ano, multiplicada por 100.000.

Óbito materno: Segundo a CID-10, é a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.

$$\text{CMM} = \frac{\text{N.º de óbitos maternos, em determinado local e ano}}{\text{N.º de nascidos vivos no mesmo local e ano}} \times 100.000;$$

**4. Item de despesa:** subconjunto das despesas da operadora. Todas as despesas assistenciais devem estar incluídas nos itens deste anexo. Elas não devem ser informadas em mais de um item, para evitar dupla contagem. Caso a operadora negocie suas despesas assistenciais com os prestadores de serviço mediante “pacotes de procedimentos” ou “*captation*”, todos os atendimentos e despesas que os compõem devem ser distribuídos nos itens de despesa assistencial estabelecidos neste anexo.

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

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

**4.1. Consultas médicas:** atendimentos/despesas prestados por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina, em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência, em que a despesa seja restrita ao ato da consulta.

**4.2 Exames complementares:** atendimento/despesas com exames complementares ao diagnóstico realizados em regime ambulatorial, incluindo honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas.

**4.3. Terapias:** atendimentos/despesas com procedimentos terapêuticos realizados em regime ambulatorial, incluindo honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas.

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

**4.5. Internações:** atendimentos/despesas realizados em regime hospitalar.

Nas colunas "Total de despesas" e "Recuperação por indenização de despesa assistencial", considerar as despesas com hotelaria, honorários profissionais, medicamentos, materiais, taxas, terapias e exames ocorridos durante a internação, em enfermaria, quarto e unidades de terapia intensiva ou semi-intensiva.

**4.5.1 Parto normal:** internações cujo procedimento principal tenha sido parto normal.

**4.5.2 Parto cesáreo:** internações cujo procedimento principal tenha sido parto cesáreo.

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

**4.5.4 Nascido vivo prematuro:** produto da concepção, com idade gestacional igual ou inferior a 36 semanas e 6 dias, que, depois da expulsão ou da extração completa do corpo materno, manifesta algum sinal vital.

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

**4.5.6 Nascido morto:** produto da concepção que, depois da expulsão ou extração completa do corpo materno, não manifesta qualquer sinal vital, tendo o óbito ocorrido a partir do início da 28<sup>a</sup> semana de gestação.

**4.6. Consultas odontológicas:** atendimentos/despesas realizados por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Odontologia (de caráter eletivo, urgência ou emergência). Considera-se consulta odontológica aquela destinada a exame físico e diagnóstico para a elaboração do plano de tratamento, incluindo anamnese, preenchimento de ficha clínica odontolegal, diagnóstico das doenças, anomalias bucais e prognóstico.

**4.7. Exames odontológicos complementares:** atendimentos/despesas com exames complementares odontológicos.

**4.8. Procedimentos odontológicos preventivos:** atendimentos/despesas com os procedimentos de prevenção em saúde bucal.

**4.9. Outros procedimentos odontológicos:** atendimentos/despesas com procedimentos odontológicos não classificáveis nos itens anteriores.

**4.10. Demais despesas assistenciais:** atendimentos/despesas assistenciais não classificáveis nos itens anteriores.

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

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

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

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

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

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

Por exemplo: um beneficiário que tem o direito a consultas médicas é um exposto para o item de despesa assistencial "Consultas médicas" e pode

não ser um exposto para o item de despesa “Exames complementares”, caso não tenha cumprido o período de carência estabelecido para exames complementares.

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

**6. Número de eventos:** somatório das ocorrências de cada item de despesa assistencial realizada no período.

**7. Total da despesa:** valor total, expresso em Real, efetivamente pago ao prestador pela operadora, nos itens de despesas assistenciais.

Este item deve ser compatibilizado com a estrutura das contas constantes do Plano de Contas Padrão definido pela ANS. Para cada um dos itens de despesa estão indicadas as contas correspondentes.

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

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

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

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

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

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

- **No caso de B.N.E.:**

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

Para cada um dos itens "Consultas odontológicas", "Exames odontológicos complementares", "Procedimentos odontológicos preventivos" e "Outros procedimentos odontológicos" abaixo, devem ser consideradas as seguintes contas:

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

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

\* desde que não lançados nos itens de despesas "Consultas Odontológicas", "Exames odontológicos complementares" e "Procedimentos odontológicos preventivos".

- **No caso de B.N.E.:**

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

\* desde que não lançados nos itens de despesas "Consultas Odontológicas", "Exames odontológicos complementares" e "Procedimentos odontológicos preventivos".

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

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

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

\* desde que não lançados nos itens de despesas "Consultas Odontológicas", "Exames odontológicos complementares" e "Procedimentos odontológicos preventivos";

\*\* desde que componham o ato odontológico.

- **No caso de B.N.E.:**

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

\* desde que não lançados nos itens de despesas "Consultas Odontológicas", "Exames odontológicos complementares" e "Procedimentos odontológicos preventivos".

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

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

ITENS DE DESPESA	CONTA
(+) Despesas de comercialização	Grupo 43
(+) Despesas administrativas	Grupo 46
(+) Demais desp. com eventos	41141 a 41148 *

\* desde que não lançados nos itens de despesas "Consultas Odontológicas", "Exames odontológicos complementares" e "Procedimentos odontológicos preventivos".

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

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

ITENS DE DESPESA	CONTA
(+) Eventos / Demais despesas assistenciais	41116 e 41117**
(-) Glosas / Demais despesas assistenciais	41216 e 41217**
(+) IBNR / Demais despesas assistenciais	41416 e 41417**
(+) Demais despesas com eventos	41131 a 41138*
(+) Eventos odontológicos	41121 a 41129
(-) Glosas odontológicas	41221 a 41229
(+) IBNR odont / Eventos ocorridos e não avisados	41421 a 41429
(+) Demais despesas com eventos odontológicos	41141 a 41148

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

\*\* desde que não lançadas nos itens de despesa "Consultas Médicas", "Exames complementares", "Terapias", "Atendimentos ambulatoriais" e "Internações".

- **No caso de B.N.E.:**

ITENS DE DESPESA	CONTA
(+) Repasse de eventos odontológicos	41241 a 41248
(+) Demais despesas assistenciais	41236 e 41237 *

\* desde que não lançadas nos itens de despesa "Consultas Médicas", "Exames complementares", "Terapias", "Atendimentos ambulatoriais" e "Internações".

Para o item "Despesas não assistenciais" devem ser consideradas as seguintes contas:

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

ITENS DE DESPESA	CONTA
(+) Demais desp. com eventos	41131 a 41138 *
(+) Demais desp. com eventos odontológicos	41141 a 41148 *
(+) Despesas de comercialização	Grupo 43
(+) Despesas administrativas	Grupo 46

\* com exceção dos itens já informados em "Demais despesas assistenciais".

**8. Recuperação por indenização de despesa assistencial:** valor total, expresso em Real, proveniente de pagamentos realizados à operadora à

título de Recuperação por indenização, pelos seus beneficiários no caso de co-participação, ou por terceiros em caso de seguro, resseguro e co-seguro.

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

Preencher com valores recebidos por "co-obrigações de segurados" e "recuperação de sinistros em co-seguro e resseguro" os campos relativos a "recuperação por indenização de despesa assistencial".

Para este item devem ser consideradas as seguintes contas:

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

ITENS DE DESPESA	CONTA
(+) Atendimentos Ambulatoriais (+) Exames Complementares (+) Terapias (+) Internações (+) Consultas Médicas	41312 e 41313
(+) Assistência Odontológica	4132
(+) Demais despesas assistenciais	41322 e 41323 41312 e 41313

\* desde que não lançadas nos itens "Consultas Médicas", "Exames complementares", "Terapias", "Atendimentos ambulatoriais" e "Internações".

### ANEXO III

**Para operadoras com mais de 100.000 beneficiários que operam planos de assistência médico-hospitalar com ou sem assistência odontológica.**

1. N.º de beneficiários:					
2. Taxa de mortalidade materna:					
3. Coeficiente de mortalidade materna:					
4. Item de despesa	5. N.º de expostos	6. N.º de eventos	7. Total de despesa	8. Participação dos beneficiários em eventos indenizáveis: co-participação	9. Recuperação de eventos indenizáveis: seguros
4.1 Consultas médicas					
4.2 Exames complementares – grupo 1					
4.3 Exames complementares – grupo 2					
4.4 Terapias – grupo 1					
4.5 Terapias – grupo 2					
4.6 Outros Atendimentos Ambulatoriais					
4.7 Internações					
4.7.1 Diárias em quarto e em enfermaria		*			
4.7.2 Diárias em UTI e em unidade semi-intensiva		*			
4.7.3 Parto normal		*			
4.7.4 Parto cesáreo		*			
4.7.5 Atendimento ao RN na sala de parto		*			
4.7.6 Nascido vivo prematuro		*			
4.7.7 Nascido vivo a termo		*			
4.7.8 Nascido morto		*			
4.7.9 UTI e CTI neonatal		*			
4.7.10 Gravidez terminada em aborto		*			
4.7.11 Transtornos maternos relacionados à gravidez		*			
4.7.12 Complicações no período de puerpério		*			
4.8 Consultas odontológicas	**	**	**	**	**
4.9 Exames odontológicos complementares	**	**	**	**	**
4.10 Procedimentos de periodontia	**	**	**	**	**
4.11 Procedimentos odontológicos preventivos	**	**	**	**	**
4.12 Procedimentos de dentística	**	**	**	**	**
4.13 Proced. cirurgia odontológica ambulatorial	**	**	**	**	**
4.14 Procedimentos de endodontia	**	**	**	**	**
4.15 Outros procedimentos odontológicos	**	**	**	**	**
4.16 Demais despesas assistenciais	**	**	**	**	**

\* informação devida a partir do terceiro trimestre de 2002

\*\* informação devida a partir do primeiro trimestre de 2004, para as operadoras que operam planos de assistência médico-hospitalar com assistência odontológica.

**1. Número de beneficiários:** total de beneficiários da operadora no tipo de plano e grupo de beneficiário, no último dia útil do trimestre informado.

Beneficiários: para efeito da RDC 85, consideram-se beneficiários as pessoas físicas que contratam o plano privado de assistência à saúde ou aderem ao plano coletivo contratado por pessoa jurídica junto à operadora e seus dependentes.

**2. Taxa de mortalidade materna (TMM):** razão entre o número de óbitos maternos ocorridos em determinado local e ano e o número de mulheres de 15 a 49 anos no mesmo local e ano, multiplicada por 100.000.

Óbito materno: Segundo a CID-10, é a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.

$$\text{TMM} = \frac{\text{N.º de óbitos maternos em determinado local e ano}}{\text{N.º de mulheres de 15 a 49 anos no mesmo local e ano}} \times 100.000;$$

**3. Coeficiente de mortalidade materna (CMM):** razão entre o número de óbitos maternos ocorridos em determinado local e ano e o número de nascidos vivos no mesmo local e ano, multiplicada por 100.000.

Óbito materno: Segundo a CID-10, é a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.

$$\text{CMM} = \frac{\text{N.º de óbitos maternos, em determinado local e ano}}{\text{N.º de nascidos vivos no mesmo local e ano}} \times 100.000;$$

**4. Item de despesa:** subconjunto das despesas da operadora. Todas as despesas assistenciais devem estar incluídas nos itens deste anexo. Elas não devem ser informadas em mais de um item, para evitar dupla contagem. Caso a operadora negocie suas despesas assistenciais com os prestadores de serviço mediante “pacotes de procedimentos” ou “*captation*”, todos os atendimentos e despesas que os compõem devem ser distribuídos nos itens de despesa assistencial estabelecidos neste anexo.

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

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

**4.1. Consultas médicas:** atendimentos/despesas prestados por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina, em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência, em que a despesa seja restrita ao ato da consulta.

**4.2. Exames complementares (grupo 1):** atendimentos/despesas com tomografia computadorizada, ressonância magnética, hemodinâmica e angiografia, realizados em regime ambulatorial, incluindo honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas.

**4.3. Exames complementares (grupo 2):** atendimentos/despesas com exames não incluídos no item de despesa “Exames complementares (grupo 1)”, realizados em regime ambulatorial, incluindo honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas.

**4.4. Terapias (grupo 1):** atendimentos/despesas com radioterapia, terapia renal substitutiva, quimioterapia do câncer, radiologia intervencionista, litotripsia e hemoterapia, realizados em regime ambulatorial, incluindo honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas.

**4.5. Terapias (grupo 2):** atendimentos/despesas com terapias não incluídas no item de despesa “Terapias (grupo 1)”, realizados em regime ambulatorial, incluindo honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas.

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

**4.7. Internações:** atendimentos/despesas realizados em regime hospitalar.

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

**4.7.1. Diárias em quarto e em enfermaria:** número de diárias de internação nos seguintes tipos de acomodação:

Quarto: internação em ambiente exclusivo;

Enfermaria: internação em ambiente não exclusivo.

**4.7.2. Diárias em UTI e em unidade semi-intensiva:** número de diárias de internação em ambiente definido para cuidados intensivos ou semi-intensivos.

**4.7.3. Parto normal:** internações cujo procedimento principal tenha sido parto normal.

**4.7.4. Parto cesáreo:** internações cujo procedimento principal tenha sido parto cesáreo.

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

**4.7.6. Nascido vivo prematuro:** produto da concepção, com idade gestacional igual ou inferior a 36 semanas e 6 dias, que, depois da expulsão ou da extração completa do corpo materno, manifesta algum sinal vital.

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

**4.7.8. Nascido morto:** produto da concepção que, depois da expulsão ou extração completa do corpo materno, não manifesta qualquer sinal vital, tendo o óbito ocorrido a partir do início da 28<sup>a</sup> semana de gestação.

**4.7.9. UTI e CTI neonatal:** internações de crianças com idade inferior a 28 dias em UTI ou CTI neonatal.

**4.7.10. Gravidez terminada em aborto:** internações determinadas por gravidez terminada em aborto. É assim considerada a perda ou morte fetal ocorrida até o término da 27<sup>a</sup> semana de gestação.

**4.7.11. Transtornos maternos relacionados à gravidez:** internações determinadas por transtorno materno relacionado a gravidez não interrompida.

**4.7.12. Complicações no período de puerpério:** internações determinadas por complicações do puerpério.

**4.8. Consultas odontológicas:** atendimentos/despesas realizados por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Odontologia (de caráter eletivo, urgência ou emergência). Considera-se consulta

odontológica aquela destinada a exame físico e diagnóstico para a elaboração do plano de tratamento, incluindo anamnese, preenchimento de ficha clínica odontológica, diagnóstico das doenças, anomalias bucais e prognóstico.

**4.9. Exames odontológicos complementares:** atendimentos/despesas com exames complementares odontológicos.

**4.10. Procedimentos de periodontia:** atendimentos/despesas com diagnóstico, terapêutica e profilaxia das lesões gengivais e periodontais.

**4.11. Procedimentos odontológicos preventivos:** atendimentos/despesas com os procedimentos de prevenção em saúde bucal.

**4.12. Procedimentos de dentística:** atendimentos/despesas para recuperação da estrutura anátomo-funcional de dente afetado por cáries, afecções estruturais ou traumatismos.

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

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

**4.15. Outros procedimentos odontológicos:** atendimentos/despesas com procedimentos odontológicos não classificáveis nos itens anteriores.

**4.16. Demais despesas assistenciais:** atendimentos/despesas assistenciais não classificáveis nos itens anteriores.

**5. Número de expostos:** resultado (desprezando-se as casas decimais) do somatório de todos os dias de exposição em que cada beneficiário do plano teve o direito de usufruir dos serviços de assistência à saúde, calculado para

cada item de despesa assistencial, durante o período devido, dividido pelo número de dias do período devido, conforme ilustra a fórmula a seguir:

Número de expostos = (n.º de dias de exposição do beneficiário 1 durante o período devido + n.º de dias de exposição do beneficiário 2 durante o período devido + ... + n.º de dias de exposição do beneficiário "n" durante o período devido) / (n.º de dias do período devido).

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

N.º de expostos = (n.º de expostos no primeiro dia do período devido + ... + n.º de expostos no último dia do período devido) / (n.º de dias do período devido).

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

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

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

Caso haja procedimentos com diferentes prazos de carência dentro de um mesmo item de despesa, adotar o de maior prazo. Por exemplo, para o item

de despesa “Exames complementares”, caso haja prazos de carência diferentes para os diversos exames complementares, deverá ser adotado como prazo de carência deste item o que tiver o maior prazo. Para internações, considerar a maior carência, exceto parto, quando esse procedimento tiver período superior ao das demais internações.

**6. Número de eventos:** somatório das ocorrências de cada item de despesa assistencial realizada no período.

**7. Total de despesa:** valor total, expresso em Real, efetivamente pago ao prestador pela operadora, nos itens de despesas assistenciais.

Este item deve ser compatibilizado com a estrutura das contas constantes do Plano de Contas Padrão definido pela ANS. Para cada um dos itens de despesa estão indicadas as contas correspondentes.

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

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

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

Para cada um dos itens “Consultas médicas”, “Exames complementares (grupo 1)”, “Exames complementares (grupo 2)”, “Terapias (grupo 1)”, “Terapias (grupo 2)”, “Atendimentos ambulatoriais” e “Internações” devem ser consideradas as seguintes contas:

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

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

- **No caso de B.N.E.:**

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

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

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

ITENS DE DESPESA	CONTA
(+) Eventos / Demais despesas assistenciais	41116 e 41117 **
(-) Glosas / Demais despesas assistenciais	41216 e 41217 **
(+) IBNR / Demais despesas assistenciais	41416 e 41417 **
(+) Demais despesas com eventos	41131B a 41138 *
(+) Eventos odontológicos	41121 a 41129
(-) Glosas odontológicas	41221 a 41229
(+) IBNR odont. / Eventos ocorridos e não avisados	41421 a 41429
(+) Demais despesas com eventos odontológicos	41141 a 41148 *

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

\*\* desde que não lançadas nos itens de despesa "Consultas médicas", "Exames complementares – grupo 1", "Exames complementares – grupo 2", "Terapias – grupo 1", "Terapias – grupo 2", "Atendimentos ambulatoriais" e "Internações".

- **No caso de B.N.E.:**

ITENS DE DESPESA	CONTA
(+) Repasse de eventos odontológicos	41241 a 41248
(+) Demais despesas assistenciais	41236 e 41237 *

\* desde que não lançadas nos itens de despesa "Consultas médicas", "Exames complementares – grupo 1", "Exames complementares – grupo 2", "Terapias – grupo 1", "Terapias – grupo 2", "Atendimentos ambulatoriais" e "Internações".

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

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

ITENS DE DESPESA	CONTA
(+) Demais desp. com eventos	41131 a 41138 *
(+) Despesas de comercialização	Grupo 43
(+) Despesas administrativas	Grupo 46

\* com exceção dos itens já informados em “Demais despesas assistenciais”.

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

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

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

**- No caso de B.N.E.:**

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

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

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

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

\* desde que não lançadas nos itens de despesas "Consultas odontológicas", "Exames odontológicos complementares", "Procedimentos de periodontia", "Procedimentos odontológicos preventivos", "Procedimentos de dentística", "Procedimentos de cirurgia odontológica ambulatorial" e "Procedimentos de endodontia".

\*\* desde que componham o ato odontológico.

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

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

\* desde que não lançadas nos itens de despesas "Consultas odontológicas", "Exames odontológicos complementares", "Procedimentos de periodontia", "Procedimentos odontológicos preventivos", "Procedimentos de dentística", "Procedimentos de cirurgia odontológica ambulatorial" e "Procedimentos de endodontia".

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

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

ITENS DE DESPESA	CONTA
(+) Despesas de comercialização	Grupo 43
(+) Despesas administrativas	Grupo 46
(+) Demais desp. com eventos	41141 a 41148 *

\* desde que não lançadas nos itens de despesas "Consultas odontológicas", "Exames odontológicos complementares", "Procedimentos de periodontia", "Procedimentos odontológicos preventivos", "Procedimentos de dentística", "Procedimentos de cirurgia odontológica ambulatorial" e "Procedimentos de endodontia".

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

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

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

Para este item devem ser consideradas as seguintes contas:

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

ITENS DE DESPESA	CONTA
(+) Atendimentos Ambulatoriais	41311
(+) Exames Complementares – grupo 1	
(+) Exames Complementares – grupo 2	
(+) Terapias – grupo 1	
(+) Terapias – grupo 2	
(+) Internações	
(+) Consultas Médicas	
(+) Assistência Odontológica	41321
(+) Demais despesas assistenciais	41321* 41311**

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

\*\* desde que não lançadas nos itens de despesa "Consultas médicas", "Exames complementares – grupo 1", "Exames complementares – grupo 2", "Terapias – grupo 1", "Terapias – grupo 2", "Atendimentos ambulatoriais" e "Internações".

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

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

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

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

Para este item devem ser consideradas as seguintes contas:

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

ITENS DE DESPESA	CONTA
(+) Atendimentos Ambulatoriais (+) Exames Complementares – grupo 1 (+) Exames Complementares – grupo 2 (+) Terapias – grupo 1 (+) Terapias – grupo 2 (+) Internações (+) Consultas Médicas	41312 e 41313
(+) Assistência Odontológica	41323 e 41322*
(+) Demais despesas assistenciais	41322 e 41323 41312 e 41313**

\* desde que não lançadas em “Consultas odontológicas”, “Exames complementares odontológicos”, “Procedimentos de Periondontia”, “ Procedimentos odontológicos preventivos”, “Procedimentos de dentística”, “Procedimentos de cirurgia odontológica ambulatorial”, “Procedimentos de endodontia” ou “Outros procedimentos odontológicos”.

\*\* desde que não lançadas nos itens de despesa “Consultas médicas”, “Exames complementares – grupo 1”, “Exames complementares – grupo 2”, “Terapias – grupo 1”, “Terapias – grupo 2”, “Atendimentos ambulatoriais” e “Internações”.

## ANEXO IV

**Para operadoras:**

- 1) com até 20.000 beneficiários que operam planos de assistência exclusivamente odontológica; e**
- 2) com mais de 20.000 beneficiários que operaram planos de assistência exclusivamente odontológica no primeiro e no segundo trimestre de 2002.**

1. N.º de beneficiários:				
2. Item de despesa	3. N.º de expostos	4. N.º de eventos	5. Total de despesa	6. Recuperação por indenização de despesa assistencial
2.1 Consultas odontológicas				
2.2 Exames odontológicos complementares				
2.3 Procedimentos odontológicos preventivos				
2.4 Outros procedimentos odontológicos				

**1. Número de beneficiários:** total de beneficiários da operadora no tipo de plano e grupo de beneficiário, no último dia útil do trimestre informado.

Beneficiários: para efeito da RDC 85, consideram-se beneficiários as pessoas físicas que contratam o plano privado de assistência à saúde ou aderem ao plano coletivo contratado por pessoa jurídica junto à operadora e seus dependentes.

**2. Item de despesa:** subconjunto das despesas da operadora. Todas as despesas assistenciais devem estar incluídas nos itens deste anexo. Elas não devem ser informadas em mais de um item, para evitar dupla contagem. Caso a operadora negocie suas despesas assistenciais com os prestadores de serviço mediante "pacotes de procedimentos" ou "*captation*", todos os atendimentos e despesas que os compõem devem ser distribuídos nos itens de despesa assistencial estabelecidos neste anexo.

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

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

**2.1. Consultas odontológicas:** atendimentos/despesas realizados por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Odontologia (de caráter eletivo, urgência ou emergência). Considera-se consulta odontológica aquela destinada a exame físico e diagnóstico para a elaboração do plano de tratamento, incluindo anamnese, preenchimento de ficha clínica odontolegal, diagnóstico das doenças, anomalias bucais e prognóstico.

**2.2. Exames odontológicos complementares:** atendimentos/despesas com exames complementares odontológicos.

**2.3. Procedimentos odontológicos preventivos:** atendimentos/despesas com os procedimentos de prevenção em saúde bucal.

**2.4. Outros procedimentos odontológicos:** atendimentos/despesas com procedimentos odontológicos não classificáveis nos itens anteriores.

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

Número de expostos = (n.º de dias de exposição do beneficiário 1 durante o período devido + n.º de dias de exposição do beneficiário 2 durante o período devido + ... + n.º de dias de exposição do beneficiário "n" durante o período devido) / (n.º de dias do período devido).

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

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

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

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

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

Caso haja procedimentos com diferentes prazos de carência dentro de um mesmo item de despesa, adotar o de maior prazo. Por exemplo, para o item de despesa "Exames complementares", caso haja prazos de carência diferentes para os diversos exames complementares, deverá ser adotado como prazo de carência deste item o que tiver o maior prazo.

**4. Número de eventos:** somatório das ocorrências de cada item de despesa assistencial realizada no período.

**5. Total de despesa:** valor total, expresso em Real, efetivamente pago aos prestadores pela operadora, nos itens de despesas assistenciais.

Este item deve ser compatibilizado com a estrutura das contas constantes do Plano de Contas Padrão definido pela ANS. Para cada um dos itens de despesa estão indicadas as contas correspondentes.

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

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

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

Para cada um dos itens "Consultas odontológicas", "Exames odontológicos complementares", "Procedimentos odontológicos preventivos" e "Outros procedimentos odontológicos" abaixo, devem ser consideradas as seguintes contas:

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

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

\* desde que não lançados nos itens de despesas "Consultas Odontológicas", "Exames odontológicos complementares" e "Procedimentos odontológicos preventivos".

**- No caso de B.N.E.:**

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

\* desde que não lançados nos itens de despesas "Consultas Odontológicas", "Exames odontológicos complementares" e "Procedimentos odontológicos preventivos".

Para o item “Outros procedimentos odontológicos”, devem ser consideradas as seguintes contas:

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

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

\* desde que não lançados nos itens de despesas “Consultas Odontológicas”, “Exames odontológicos complementares” e “Procedimentos odontológicos preventivos”;

\*\* desde que componham o ato odontológico.

- **No caso de B.N.E.:**

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

\* desde que não lançados nos itens de despesas “Consultas Odontológicas”, “Exames odontológicos complementares” e “Procedimentos odontológicos preventivos”.

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

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

ITENS DE DESPESA	CONTA
(+) Despesas de comercialização	Grupo 43
(+) Despesas administrativas	Grupo 46
(+) Demais desp. com eventos	41141 a 41148 *

\* desde que não lançados nos itens de despesas “Consultas Odontológicas”, “Exames odontológicos complementares” e “Procedimentos odontológicos preventivos”.

**6. Recuperação por indenização de despesa assistencial:** Valor total, expresso em Real, proveniente de pagamentos realizados à operadora a título de Recuperação por indenização, pelos seus beneficiários no caso de co-participação, ou por terceiros em caso de seguro, resseguro e co-seguro.

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

Preencher com valores recebidos por "co-obrigações de segurados" e "recuperação de sinistros em co-seguro e resseguro" os campos relativos a "recuperação por indenização de despesa assistencial".

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

ITENS DE DESPESA	CONTA
(+) Assistência Odontológica	4132

## ANEXO V

**Para operadoras:**

**1) com mais de 20.000 beneficiários que operaram planos de assistência exclusivamente odontológica a partir do 3º trimestre de 2002.**

1. N.º de beneficiários:					
2. Item de despesa	3. N.º de expostos	4. N.º de eventos	5. Total de despesa	6. Participação dos beneficiários em eventos indenizáveis: co-participação	7. Recuperação de eventos indenizáveis: seguros
2.1 Consultas odontológicas					
2.2 Exames odontológicos complementares					
2.3 Procedimentos de periodontia					
2.4 Procedimentos odontológicos preventivos					
2.5 Procedimentos de dentística					
2.6 Procedimentos de cirurgia odontológica ambulatorial					
2.7 Procedimentos de endodontia					
2.8 Outros procedimentos odontológicos					

**1. Número de beneficiários:** total de beneficiários da operadora no tipo de plano e grupo de beneficiário, no último dia útil do trimestre informado.

Beneficiários: para efeito da RDC 85, consideram-se beneficiários as pessoas físicas que contratam o plano privado de assistência à saúde ou aderem ao plano coletivo contratado por pessoa jurídica junto à operadora e seus dependentes.

**2. Item de despesa:** subconjunto das despesas da operadora. Todas as despesas assistenciais devem estar incluídas nos itens deste anexo. Elas não devem ser informadas em mais de um item, para evitar dupla contagem. Caso a operadora negocie suas despesas assistenciais com os prestadores de serviço mediante “pacotes de procedimentos” ou “*captation*”, todos os atendimentos e despesas que os compõem devem ser distribuídos nos itens de despesa assistencial estabelecidos neste anexo.

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

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

**2.1. Consultas odontológicas:** atendimentos/despesas realizados por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Odontologia (de caráter eletivo, urgência ou emergência). Considera-se consulta odontológica aquela destinada a exame físico e diagnóstico para a elaboração do plano de tratamento, incluindo anamnese, preenchimento de ficha clínica odontolegal, diagnóstico das doenças, anomalias bucais e prognóstico.

**2.2. Exames odontológicos complementares:** atendimentos/despesas com exames complementares odontológicos.

**2.3. Procedimentos de periodontia:** atendimentos/despesas com diagnóstico, terapêutica e profilaxia das lesões gengivais e periodontais.

**2.4. Procedimentos odontológicos preventivos:** atendimentos/despesas com os procedimentos de prevenção em saúde bucal.

**2.5. Procedimentos de dentística:** atendimentos/despesas para recuperação da estrutura anátomo-funcional de dente afetado por cáries, afecções estruturais ou traumatismos.

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

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

**2.8. Outros procedimentos odontológicos:** atendimentos/despesas com procedimentos odontológicos não classificáveis nos itens anteriores.

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

Número de expostos = (n.º de dias de exposição do beneficiário 1 durante o período devido + n.º de dias de exposição do beneficiário 2 durante o período devido + ... + n.º de dias de exposição do beneficiário "n" durante o período devido) / (n.º de dias do período devido).

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

N.º de expostos = (n.º de expostos no primeiro dia do período devido + ... + n.º de expostos no último dia do período devido) / (n.º de dias do período devido).

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

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

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

Caso haja procedimentos com diferentes prazos de carência dentro de um mesmo item de despesa, adotar o de maior prazo. Por exemplo, para o item de despesa “Exames complementares”, caso haja prazos de carência diferentes para os diversos exames complementares, deverá ser adotado como prazo de carência deste item o que tiver o maior prazo.

**4. Número de eventos:** somatório das ocorrências de cada item de despesa assistencial realizada no período.

**5. Total de despesa:** valor total, expresso em Real, efetivamente pago ao prestador pela operadora, nos itens de despesas assistenciais.

Este item deve ser compatibilizado com a estrutura das contas constantes do Plano de Contas Padrão definido pela ANS. Para cada um dos itens de despesa estão indicadas as contas correspondentes.

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

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

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

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

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

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

- **No caso de B.N.E.:**

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

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

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

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

\* desde que não lançadas nos itens de despesas "Consultas odontológicas", "Exames odontológicos complementares", "Procedimentos de periodontia", "Procedimentos odontológicos preventivos", "Procedimentos de dentística", "Procedimentos de cirurgia odontológica ambulatorial" e "Procedimentos de endodontia".

\*\* desde que componham o ato odontológico.

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

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

\* desde que não lançadas nos itens de despesas "Consultas odontológicas", "Exames odontológicos complementares", "Procedimentos de periodontia", "Procedimentos odontológicos preventivos", "Procedimentos de dentística", "Procedimentos de cirurgia odontológica ambulatorial" e "Procedimentos de endodontia".

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

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

ITENS DE DESPESA	CONTA
(+) Despesas de comercialização	Grupo 43
(+) Despesas administrativas	Grupo 46
(+) Demais desp. com eventos	41141 a 41148 *

\* desde que não lançadas nos itens de despesas "Consultas odontológicas", "Exames odontológicos complementares", "Procedimentos de periodontia", "Procedimentos odontológicos preventivos", "Procedimentos de dentística", "Procedimentos de cirurgia odontológica ambulatorial" e "Procedimentos de endodontia".

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

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

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

Para este item deve ser considerada a seguinte conta:

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

ITENS DE DESPESA	CONTA
(+) Assistência Odontológica	41321

**7. Recuperação de eventos indenizáveis – seguros:** valor total, expresso em Real, proveniente de outros pagamentos realizados à operadora por terceiros, a título de Recuperação de Indenização de Seguros.

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

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

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

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

ITENS DE DESPESA	CONTA
(+) Assistência Odontológica	41323 e 41322