

## ANEXO

### 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.

Os exemplos de contabilização constantes no presente manual são ilustrativos e não esgotam as diversas possibilidades de registro contábil, conforme as variadas combinações de tipo de contratação, modalidade de preço, forma de remuneração ao prestador do serviço assistencial, etc.

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/X1 até 31/12/X1, em 01/01/X1 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 – 123111012/123121012 – Contraprestação Pecuniária/Prêmios a Receber - Coletivo sem Administradora de Benefícios como Estipulante

C – 211111012/211121012 – Provisão de Prêmio ou Contraprestação não Ganha – Planos Coletivos

R\$ 1.000,00

Obs: O contas a receber é segregado em Plano Individual, Plano Coletivo sem e com Administradora de Benefícios como Estipulante. 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/X0, 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/X1, dia em que se inicia a cobertura contratual, o registro contábil deve ser efetuado da seguinte forma:

D – 21321X9011 – Receita Antecipada de Contraprestações/Prêmios C – 21111012/211121012 – Provisão de Prêmio ou Contraprestação não Ganha – Planos Coletivos	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 – 123111011/123121011 – Contraprestação Pecuniária/Prêmios a Receber - Individual C – 21111011/211121011 - Provisão de Prêmio ou Contraprestação não Ganha – Planos individuais/Familiares	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 – 21111011/211121011 - Provisão de Prêmio ou Contraprestação não Ganha – Planos Individuais/Familiares C – 311111/311121 - 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.

### Exemplo 3: Renovação de contrato com pagamento inicial (aporte)

Se uma operadora negocia a renovação de um contrato coletivo de modalidade de preço preestabelecido, a receita deve ser reconhecida de acordo com o decorrer do novo período de cobertura que se inicia após a renovação do contrato, independentemente da forma de pagamento (frequência e montantes) negociada na renovação. Nestes casos, é vedada a possibilidade de reconhecimento de qualquer montante negociado na renovação do contrato como receita relacionada ao período de cobertura do contrato anterior. Isso se dá porque, conforme detalhado no anexo II da RN nº 85/2004, alterada pela RN nº 356/2014, na modalidade de formação de preço preestabelecido o valor da contraprestação pecuniária é calculado antes da utilização das coberturas contratadas.

Por exemplo, supondo que o valor cobrado pela operadora para assumir esse risco corresponda a um pagamento de R\$ 10.000,00 em 05/01/X1 e 12 parcelas de R\$ 1.000,00 por mês, desembolsadas no dia 05 de cada mês, o lançamento contábil a ser efetuado em 05 de janeiro é:

D – 123111012/123121012 – Contraprestação a Receber - Coletivo sem Administradora de Benefícios como Estipulante	
C – 211111012/211121012 – Provisão de Prêmio ou Contraprestação não Ganha – Planos Coletivos	
	R\$ 11.000,00

Nesse caso, considerando que a apropriação da receita deve ocorrer de acordo com os respectivos períodos de cobertura assistencial, o valor do aporte (R\$ 10.000,00) deverá ser apropriado considerando o período de vigência do contrato (1 ano), enquanto que o valor relativo a parcela mensal (R\$ 1.000,00) deverá ser apropriado de acordo com o respectivo período mensal de cobertura.

Assim, em 31/01/X1 deverá ser feito o seguinte lançamento:

Apropriação do aporte:  $R\$ 10.000,00 / 365 \times 27 \text{ dias} = R\$ 739,73$   
Apropriação da contraprestação mensal:  $R\$ 1.000,00 / 31 \times 27 = R\$ 870,97$   
Apropriação total:  $R\$ 739,73 + R\$ 870,97 = R\$ 1.610,70$

D – 211111012/211121012 – Provisão de Prêmio ou Contraprestação não Ganha – Planos Coletivos  
C - 3111- Receita de Contraprestação ou Prêmio

R\$ 1.610,70

#### 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 – 211111012/211121012 – Provisão de Prêmio ou Contraprestação não Ganha – Planos Coletivos

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 – 211111011/211121011 – Provisão de Prêmio ou Contraprestação não Ganha – Planos Individuais/Familiares

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 – 211111012/211121012 – Provisão de Prêmio ou Contraprestação não Ganha – Planos Coletivos

3) Para as operadoras que comercializam planos de assistência à 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 – 123112015/123122015 – Taxa de Administração  
C – 311612011/311622011 – Receita com Taxa de Administração

4) Se o contratante contestar judicialmente o valor da contraprestação cobrada pela operadora e efetuar depósito judicial, deverá ser efetuado o registro conforme a seguir:

Exemplo: Valor da Contraprestação R\$ 300,00 e valor do depósito R\$ 200,00

1º) Pela reclassificação da contraprestação a receber:

D – 131419031 – Contraprestação Pecuniária/Prêmio em Contestação - Depósito Judicial pelo Contratante  
C – 123111011 – Contraprestação Pecuniária/Prêmio a Receber – individual

R\$ 300,00

2º) Pela diferença entre o valor depositado e o valor cobrado

D – 441919011 – Provisão Sobre Contraprestação Pecuniária/Prêmios a Receber de Assist. Médico-Hospitalar

C – 131419039 – (-) Provisão Para Perdas sobre Crédito

R\$ 100,00

3º) Pela atualização do depósito judicial:

D – 131419031 – Contraprestação Pecuniária/Prêmio em Contestação - Depósito Judicial pelo Contratante

C – 35231901 – Receitas com Depósitos de Contraprestações de Assist. Médico-Hospitalar



## 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 – 21111011/211121011 – Provisão de Prêmios e Contraprestação não Ganha – Planos Individuais/Familiares	
C – 213119011/213119012/213129011/213129012 – Contraprestação Pecuniária a Restituir/Prêmios a Restituir	
	R\$ 200,00

Se o valor não tiver sido recebido:

D – 21111011/211121011 – Provisão de Prêmios e Contraprestação não Ganha – Planos Individuais/Familiares	
C – 123111011/123121011 – Contraprestação Pecuniária/Prêmios a Receber - individual	
	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 – 21111011/211121011 – Provisão de Prêmios ou Contraprestação não Ganha – Planos Individuais/Familiares	
C – 311111/311121 - 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. 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/X1.

Ao final do segundo mês, em 28/02/X1, 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.

Nessa data, a operadora 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 o 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 ou beneficiários em corresponsabilidade assumida, a operadora deverá registrar como despesas com eventos, no grupo 4115, os custos incorridos para atendimento, que será apurado pela proporcionalidade das despesas em relação ao “faturamento próprio” dos atendimentos relacionados a esses beneficiários, que a operadora terá precificado em controles gerenciais.

O exemplo abaixo ajuda a ilustrar.

Suponhamos que um hospital atenda um parto de uma paciente não vinculada aos seus planos de saúde ou à corresponsabilidade assumida em preço preestabelecido de outra operadora e cobre por esse procedimento o valor de R\$ 3.000,00. Esse valor será registrado em Receita na conta 332119011 – 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 de plano da operadora ou por corresponsabilidade assumida em preço preestabelecido 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 ou de corresponsabilidade assumida em preço preestabelecido, 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 4115 – Despesas com Eventos o valor de R\$ 3.000,00 e registrará o valor de R\$ 1.500,00 na conta 442119012 – 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  $R\$ 6.000,00 \times 0,50 = R\$ 3.000,00$  e a dedução de receitas com prestação de serviços não relacionados com planos de saúde da operadora será de  $R\$ 3.000,00 \times 0,50 = R\$ 1.500,00$

A operadora deverá manter controle gerencial dos atendimentos aos seus beneficiários ou em corresponsabilidade assumida 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 442119015 - Custo de ociosidade no sub-grupo 442 - Despesas com Operações de Assistência à 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 de acordo com a forma de remuneração ao prestador dos serviços assistenciais, conforme a seguir:

No grupo 4111 os eventos pagos por procedimento, exceto quando se tratar de pacote.

No grupo 4112 os eventos pagos na modalidade de *capitation*, ou seja, quando os prestadores recebem um valor fixo por pessoa coberta, o qual remunera os serviços de saúde disponibilizados, incluindo todos os gastos (honorários, diárias, taxas, materiais e medicamentos).

No grupo 4113 os eventos pagos na modalidade de orçamento global, ou seja, quando os prestadores recebem um valor fixo global, o qual remunera todos os serviços de uma determinada unidade de saúde, incluindo todos os gastos (honorários, diárias, taxas, materiais e medicamentos).

No grupo 4114 os eventos pagos na modalidade de pacote, ou seja, quando o prestador é remunerado por um conjunto de procedimentos ou serviços prestados que poderão estar relacionados, ou não, a um diagnóstico ou tratamento de condição específica, incluindo todos os gastos (honorários, diárias, taxas, materiais e medicamentos).

No grupo 4115 os eventos decorrentes do rateio do custo de rede própria.

No grupo 4117 os eventos reembolsados diretamente aos beneficiários.

No grupo 4118 os eventos prestados pelo Sistema único de Saúde – SUS.

No grupo 4119 os eventos pagos ao prestador por outras formas não enquadradas nas modalidades acima.

### ***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 – 411X1/411X2 - Eventos Conhecidos ou Avisados de Assistência Médico Hospitalar/Odontológico C – 21111103/21112103 - Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para Outros Prestadores de Serviços Assistenciais
--

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 – 411X110X3/411X210X3 – 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 – 21111103/21112103 - Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para Outros Prestadores de Serviços Assistenciais C – 411X110X2/411X210X2 – Glosas 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 – 414119011/414129011 – Variação da Provisão de Eventos/Sinistros ocorridos e não avisados	
C – 211111041/211121041 – 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 à saúde	
C – 21111103/21112103 – 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 – 414119011/414129011 – Variação da Provisão de Eventos/Sinistros ocorridos e não avisados	
C – 211111041/211121041 – 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 – 21111103/21112103 – Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar	
C - Caixa/Bancos	

f) Pelo pagamento ao SUS

D – 211111021 – Provisão de Eventos/ Sinistros a Liquidar para o SUS	
C - Caixa/Bancos	

***Ressarcimento ao SUS***

As operadoras de planos privados de assistência à 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 – 4118 – Eventos/Sinistros Conhecidos ou Avisados no Sistema Único de Saúde - SUS C – 2111XX024 – Provisão de Eventos/ Sinistros a Liquidar para o SUS (% hc X ABI)
--

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

D – 4118 – Eventos/Sinistros Conhecidos ou Avisados no Sistema Único de Saúde - SUS C – 2111XX021 – Provisão de Eventos/ Sinistros a Liquidar para o SUS - GRU
---

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 – 4118 – Eventos/Sinistros Conhecidos ou Avisados no Sistema Único de Saúde - SUS C – 2111XX024 – Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para o SUS (% hc X ABI)
---

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

D – 2111XX024 – Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para o SUS (% hc X ABI) C – 4118 – Eventos/Sinistros Conhecidos ou Avisados no Sistema Único de Saúde - SUS
---

O montante correspondente ao parcelamento do ressarcimento ao SUS, após aprovação da ANS, considerando que este valor já esteja devidamente contabilizado, deverá ser reclassificado para a conta 2111XX022 – Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para o SUS – Parcelamento, com as parcelas com vencimento em prazo superior a doze meses reclassificadas para o passivo não circulante na conta 2311XX021 – 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](http://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 2311XX022 – 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 2111XX021 – 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.

Caracteriza-se como “motivo não recorrente” para fins de identificação dos atendimentos em intercâmbio eventual, aqueles ocorridos em urgência ou emergência ou, no caso de atendimento eletivo, quando cada atendimento for encaminhado pela operadora detentora do contrato para a rede de outra operadora, por motivo de eventual indisponibilidade do serviço assistencial demandado.

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 – 123111011/123111012/123111013 - 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 – 411X110X1 - Despesa com Eventos/Sinistros C – 211111033 - Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar – Intercâmbio
---

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

D – 211111033 - Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar - Intercâmbio 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 - Intercâmbio a Receber – Atendimento Eventual - Reembolso C – 214119011 Prestadores de Serviços de Assistência à 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 – Intercâmbio a Receber – Atendimento Eventual – Taxa de Administração C – 332179012 – 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 – Despesas com Intercâmbio Eventual por Diferença de Tabela C – 214119011 – 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 – Intercâmbio a Receber – Atendimento Eventual – Taxa de Administração C – 332179011 – Taxa de Administração - Intercâmbio Eventual
--

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

D – Caixa e/ou Bancos
-----------------------

C – 124119021 – Intercâmbio a Receber – Atendimento Eventual – Taxa de Administração  
C - 124119022 – Intercâmbio a Receber – Atendimento Eventual - Reembolso

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

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

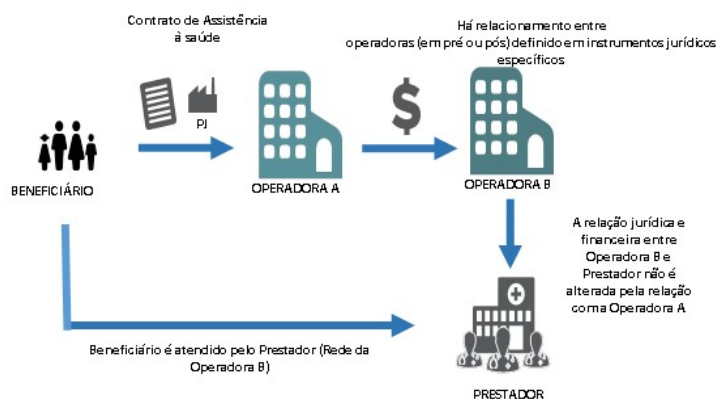
## 6.2) OPERAÇÕES DE CORRESPONSABILIDADE PARA ATENDIMENTO DOS BENEFICIÁRIOS (*Operação de intercâmbio definitivo ou habitual/ convênios de reciprocidade / aluguel de rede / repasse em pré-pagamento / repasse em pós pagamento ou em custo operacional/ risco cedido*)

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 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) A operadora que mantém vínculo com beneficiários será denominada Operadora “A” e que operadora que presta atendimento será denominada Operadora “B”;

- 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 – 1231X1012/1231X1013 – Contraprestação Pecuniária/Prêmios a Receber C – 2111X1012 – Provisão de Prêmio/Contraprestação Não Ganha - PPCNG
--

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

D – 2111X1012 – Provisão de Prêmio/Contraprestação Não Ganha - PPCNG C – 3111X10XX – Contraprestação Emitida
---

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

D – 3117X10X1 (-) Cobertura Assistencial com Preço Preestabelecido com Corresponsabilidade Cedida em Preço Preestabelecido C – 2135X1011 – Intercâmbio a Pagar de Corresponsabilidade Cedida - Preço Preestabelecido
---

- 4º) Pelo recebimento da contraprestação paga pelo contratante:

D – 121319011 – Bancos Conta Movimento C – 1231X1012/1231X1013 – Contraprestação Pecuniária/Prêmios a Receber
--

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

D – 2135X1011 – Intercâmbio a Pagar de Corresponsabilidade Cedida - 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 – 2111X1012 – 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 – 2111X1012 – 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 – 2111X1041 – Provisão de Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados
--

10º) Pelo conhecimento dos eventos de beneficiário da Operadora A decorrentes da corresponsabilidade assumida:

D – 411XX1081 – Despesa com Eventos/Sinistros. C – 2111X103X – Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para Outros Prestadores
--

11º) Pelo pagamento ao prestador do atendimento assistencial:

D – 2111X103X – 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 - 411XX10X1– Despesa com Eventos/Sinistros C - 2111X1033 – Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para Outros Prestadores D - 2111X1033 – Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para Outros Prestadores C - 411XX10X1 – 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 – 1231X1012/1231X1013 – Contraprestação Pecuniária/Prêmios a Receber C – 2111X1012 – Provisão de Prêmio/Contraprestação Não Ganha - PPCNG
--

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

D – 2111X1012 – Provisão de Prêmio/Contraprestação Não Ganha - PPCNG C – 3111X10XX – 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 – 1231X1012/1231X1013 – 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 – 2111X1041 – 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) Pelo conhecimento dos eventos de beneficiários da Operadora A decorrentes da corresponsabilidade assumida:

D – 411XX2081 – Despesa com Eventos/Sinistros C – 2111X203X – Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para Outros Prestadores
---

7º) Pelo pagamento ao prestador do atendimento assistencial:

D – 2111X203X – 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 – 3117X10X3 (-) Cobertura Assistencial com Preço Preestabelecido com Corresponsabilidade Cedida em Preço Pós-estabelecido C – 2135X2011 – Intercâmbio a Pagar de Corresponsabilidade Cedida - Preço Pós - Estabelecido
---

10º) Pelo pagamento à Operadora B pela corresponsabilidade cedida:

D – 2135X2011 – Intercâmbio a Pagar de Corresponsabilidade Cedida - Preço Pós- Estabelecido C – 121319011 – Bancos Conta Movimento
---

### **Operadora B**

11º) 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) Pelo conhecimento dos eventos de beneficiários da Operadora A decorrentes da corresponsabilidade assumida:

D – 411XX2081 – Despesa com Eventos/Sinistros  
C – 2111X203X – Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para Outros Prestadores

4º) Pelo pagamento ao prestador do atendimento assistencial:

D – 2111X203X – 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 – 3117X20X3 (-) Cobertura Assistencial com Preço Pós-estabelecido com Corresponsabilidade Cedida em Preço Pós-estabelecido  
C – 2135X2011 – Intercâmbio a Pagar de Corresponsabilidade Cedida - 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 – 1231X201X – Contraprestação Pecuniária/Prêmios a Receber  
C - 3111X20XX – Contraprestação Emitida

9º) Pelo recebimento da contraprestação paga pelo contratante:

D – 121319011 – Bancos Conta Movimento  
C – 1231X201X – 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 – 3117X20X1 (-) Cobertura Assistencial com Preço Pós-estabelecido com Corresponsabilidade Cedida em Preço Preestabelecido  
C – 2135X1011 – Intercâmbio a Pagar de Corresponsabilidade Cedida - Preço Preestabelecido

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

D – 2135X1011 – Intercâmbio a Pagar de Corresponsabilidade Cedida - 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 – 2111X1012 – 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 – 2111X1012 – 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 – 2111X1041 – Provisão de Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados
--

8º) Pelo conhecimento dos eventos de beneficiários da Operadora A decorrentes da corresponsabilidade assumida:

D – 411XX1081 – Despesa com Eventos/Sinistros... C – 2111X103X – Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para Outros Prestadores
--

9º) Pelo pagamento ao prestador do atendimento assistencial:

D – 2111X103X – 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 – 411XX20X1 – Despesa com Eventos/Sinistros C – 2111X1033 – Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para Outros Prestadores D – 2111X1033 – Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para Outros Prestadores C – 411XX20X1 – Despesa com Eventos/Sinistros
--

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

D – 1231X201X – Contraprestação Pecuniária/Prêmios a Receber C – 3111X20XX – Contraprestação Emitida
---

12º) Pelo recebimento da contraprestação paga pelo contratante:

D – 121319011 – Bancos Conta Movimento C – 1231X201X – 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 – 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 a Saúde da Operadora ou 322 Tributos diretos de outras atividades de assistência a 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 – 21111103/21111103/23111102/23111103 – 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 – 4413X9042 – Despesa com Provisão para Contingências  
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 não relacionado à prestação dos serviços assistenciais, 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

Se a operadora perder a ação judicial e for realizar 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 a reversão e lançar a despesa de fato como:

1º) Pela reversão da Provisão:

D – 215319012/235329012 – Provisões para Ações Judiciais – Ações Cíveis  
C – 4413X9043 – (-) Reversão de Provisão para Contingências

2º) Pelo pagamento efetivo do beneficiário como perda:

D – 4413X9041 – Despesas com Eventos/ Sinistros não cobertos  
C – 121319011 – Bancos Conta Movimento

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 - 216119011 – Imposto de Renda da Pessoa Jurídica a Pagar
D – 611219011 - Contribuição Social sobre o Lucro Líquido – CSLL
C - 216119021 – Contribuição Social sobre o Lucro Líquido a Pagar

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

D – 216119012 – (-) Antecipação do IRPJ
C – Banco ou Caixa
D – 216119022– (-) Antecipação de CSLL
C – Banco ou Caixa

Essa antecipação deve ser registrada como redutora do passivo até o limite do saldo da conta 216119011 – Imposto de Renda da Pessoa Jurídica a Pagar. Se a antecipação ultrapassar o valor do imposto apurado, a diferença deve ser registrada na conta 126119013 – 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 – 4413X9031 – Taxa de Administração  
D – 1239X1082 – Créditos em Programas ou Fundos para Custeio de Despesas de Assistência  
*(pelo valor destinado para reembolsos/ressarcimentos de contas)*  
C – 2138X9082 – Débitos com Programas ou Fundos para Custeio de Despesas de Assistência

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

D – 2138X9082 – Débitos com Programas ou Fundos para Custeio de Despesas 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 – 1239X1082 – Créditos em Programas ou Fundos para Custeio de Despesas de Assistência

Eventual saldo devedor da operadora com o programa/fundo deverá ser reclassificado para a conta 2138X9082 – Débitos com Programas ou Fundos para Custeio de Despesas 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 – 1241X9082 – Créditos com Administração de Programas ou Fundos de Custeio de Despesas ( <i>pelo valor destinado para reembolsos/ressarcimentos de contas</i> )
C – 332119021/332129021 - Taxa de Administração
C – 214889082 – Débitos com Administração de Programas ou Fundos de Custeio de Despesas de Assistência à Saúde

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

D – 121319011 – Bancos Conta Movimento
C – 1241X9082 – Créditos com Administração de Programas ou Fundos de Custeio de Despesas

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

D – 214889082 – Débitos com Administração de Programas ou Fundos de Custeio de Despesas de Assistência à Saúde
C – 121319011 – Bancos Conta Movimento

Eventual saldo credor da operadora administradora do programa/fundo com alguma operadora participante deverá ser reclassificado para a conta 1241X9082 – Créditos com Administração de Programas ou Fundos de Custeio de Despesas, devendo ser imediatamente baixado quando ocorrer novo recebimento de contribuição pela operadora devedora ao fundo/programa.