



INSURANCE

# Regulatory Practice 2010 – Seguros

Principais normativos emitidos em 2009

AUDIT



## Editorial..... 4



## CNSP/SUSEP

Contrato de seguro.....	8
Corretores .....	8
Escrituração contábil digital.....	10
Microseguros .....	11
Normas contábeis .....	11
Planos de pecúlio e pensão .....	15
Provisões técnicas .....	16
Ramos de seguro .....	18
Resseguros .....	25
Seguro de automóveis .....	26
Seguro DPVAT .....	27
Seguro em moeda estrangeira e seguro no exterior.....	28
Seguro garantia.....	34
Seguro habitacional.....	35
Seguros singulares.....	42
Título de capitalização.....	44



## ANS

Administradoras de benefícios .....	46
Autorização de funcionamento .....	48
Benefícios .....	53
Contabilização .....	55
Controles internos .....	58
CPC – Comitê de Pronunciamentos Contábeis .....	59
Fundo garantidor .....	60
NTA – Nota Técnica Atuarial .....	64
Plano de contas .....	65
Plano de recuperação .....	67
Planos privados de assistência à saúde .....	69
PMA e margem de solvência .....	80
Portabilidade .....	86
Portal corporativo .....	92
Registro de produtos .....	95
SIB – Sistema de Informações de Beneficiários .....	97
SIP – Sistema de Informações de Produtos .....	103
Troca de informações .....	105



## Índice cronológico de regulamentações

### CNSP

Ato .....	107
Resoluções .....	107

### SUSEP

Circulares .....	108
Cartas-Circulares .....	110
Deliberações .....	111

### ANS

Resoluções Normativas (RNs) .....	111
Instruções Normativas (INs) .....	114
Comunicados da Diretoria Colegiada .....	118

A close-up photograph of a hand holding a black fountain pen, writing on a document. The pen is positioned diagonally across the frame, with the nib touching the paper. The hand is in the foreground, and the document is in the background. The lighting is dramatic, with strong highlights and deep shadows. The document has some faint text and a signature visible. A semi-transparent grey box is overlaid on the right side of the image, containing the word "editorial" in white lowercase letters.

# editorial

Em julho de 2008, a Câmara dos Deputados aprovou o Projeto de Lei 3.555/04, que trata da Lei sobre o Contrato de Seguros e estabelece regras para contratos, riscos, prêmios, cosseguro, resseguro, seguro de terceiro e sinistro. O texto traz importantes inovações em diversos dispositivos e poderá substituir o Código Civil e Comercial em diversos aspectos da regulação do mercado. Não obstante sua importância, a partir do momento em que foi necessária a criação de comissão especial para dar seguimento ao processo de aprovação do projeto, sua tramitação não progrediu.

No início de dezembro, a comissão especial criada para analisar o Projeto de Lei definiu o roteiro de trabalho que se estenderá por todo o ano de 2010. A expectativa é que este projeto, que traz importantes alterações no arcabouço regulatório do mercado de seguros brasileiros, seja aprovado o mais breve possível, constituindo-se em importante marco para a sua modernização e alavancagem para o seu crescimento.

No decorrer do ano a SUSEP emitiu normativos com reflexos importantes para os mercados regulados, com destaque para a Resolução 205, que regulamenta o Seguro Habitacional, e para a Circular 397, que dispõe sobre o Sistema Público de Escrituração Digital (SPED). Com a adoção do SPED, as companhias do setor terão que enviar aos órgãos fiscalizadores a escrituração mercantil em versão digital, o que pode acarretar mudanças nos controles e processos existentes nas entidades, para atendimento a esta demanda.

Mesmo com a crise financeira mundial a receita das seguradoras (desconsideradas as operadoras de saúde), entidades de previdência privada, planos de capitalização e resseguros fecharam o ano com crescimento, principalmente em função do crescimento econômico, da popularização do seguro em determinadas camadas da sociedade e do conjunto de iniciativas para o fortalecimento do mercado segurador.

A perspectiva para o setor é de crescimento, principalmente em decorrência da manutenção e melhoria do cenário econômico no Brasil e das oportunidades decorrentes dos projetos de infra-estrutura, incluindo aqueles relacionados à Copa do Mundo em 2014 e aos Jogos Olímpicos em 2016.

Em relação aos assuntos de natureza contábil, no ano de 2009, o Comitê de Pronunciamentos Contábeis (CPC) emitiu parte substancial dos pronunciamentos e interpretações correlacionadas com as Normas Internacionais de Contabilidade (*IFRSs – International Financial Reporting Standards*), emanadas pelo *International Accounting Standards Board (IASB)*, os quais, tendo sido aprovados pelos respectivos órgãos reguladores locais, asseguram a base do processo de convergência às *IFRSs*.

A SUSEP referendou, através da Circular 379, alguns dos pronunciamentos emitidos pelo CPC e que foram adotados para o exercício findo em 2008. No decorrer do ano de 2009, o CPC emitiu a segunda parte dos pronunciamentos (CPCs 14 em diante) e interpretações para atendimento às normas internacionais de contabilidade, os quais permanecem pendentes de aprovação pela SUSEP, para tornarem-se de aplicação obrigatória para as entidades do mercado segurador brasileiro.

Também em 2009, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) incorporou, à legislação correspondente do segmento, as diretrizes dos Pronunciamentos Técnicos emitidos pelo CPC (exceto o CPC 11 – Contratos de Seguro), que devem ser integralmente observados pelas operadoras de planos de assistência à saúde, com aplicação para os exercícios findos em 2009 ou 2010, de acordo com os respectivos CPCs (vide Instrução Normativa – IN DIOPE 37, que dispõe sobre o assunto e que está comentada nesta publicação).

Para 2010, existe a expectativa de consolidação desse processo de convergência. As sociedades seguradoras serão requeridas a apresentar, pela primeira vez, suas demonstrações contábeis consolidadas de acordo com as *IFRSs*. A adoção dos CPCs (e das *IFRSs*) para o exercício 2010 constitui-se fato significativo, cuja avaliação de suas implicações deve estar na agenda da alta administração das empresas brasileiras, tendo em vista os significativos reflexos, esforços e recursos que tais demandas requerem.

Na edição do *Regulatory Practice* 2010 – Seguros, a KPMG no Brasil, no exercício de seu papel de destaque no atendimento ao mercado de seguros brasileiro, apresenta, de forma consolidada, reunindo, em um único documento, as principais normas emitidas pelos órgãos reguladores durante o ano de 2009 e que constaram da publicação mensal *Regulatory Practice Insurance News*.

Para propiciar uma utilização mais amigável, as normas contidas nesse documento foram organizadas e reunidas por assunto tratado, não obedecendo, portanto, a cronologia das mesmas; também incorporam a eventuais modificações ocorridas no texto original durante o ano. Cabe ressaltar que a consolidação está restrita aos normativos editados no período, não contemplando normas emitidas posteriormente.

Ao elaborar o *Regulatory Practice* 2010 – Seguros, a KPMG no Brasil mantém o compromisso de prestar serviços de alto padrão e contribuir para o aprimoramento e entendimento da legislação e regulamentação locais. Esperamos que a leitura e consulta a este material possa contribuir com esse nosso propósito.

**José Rubens Alonso**  
Sócio  
*Insurance Practice*

**José Gilberto M. Munhoz**  
Sócio  
Departamento de Práticas Profissionais (DPP)

cnsf / susep



## Contrato de seguro

### Circular 394, de 30.10.2009 – Prazo de aceitação

A Circular 251/04 dispõe sobre a aceitação da proposta e sobre o início de vigência da cobertura, nos contratos de seguros.

A Circular 394 traz uma inclusão no texto da norma supracitada.

Para os seguros rurais com subvenção econômica dos prêmios no termos da Lei 10.823/03, o prazo para a sociedade seguradora manifestar-se sobre a proposta será de 45 dias, contados a partir da data de seu recebimento, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

**Vigência:** 03.11.2009

**Revogação:** não há ▲

## Corretores

### Circular 383, de 28.01.2009 - Recadastramento de corretores

O presente normativo altera a Circular 370/08 (vide *RP Insurance News* jul/08) que dispõe sobre o recadastramento dos corretores de seguros, capitalização e previdência complementar aberta, pessoas físicas ou jurídicas e suas dependências.

A seguir, destacamos as alterações.

Anterior Resolução 370/08	Atual Resolução 383/09
Os corretores de seguros e as sociedades corretoras deverão recadastrar-se na SUSEP, por meio dos sindicatos.	Os corretores de seguros e as sociedades corretoras deverão recadastrar-se na SUSEP, por meio da <b>Fenacor</b> ou dos sindicatos.
Os formulários serão disponibilizados nos sítios dos sindicatos, da Fenacor e da SUSEP na rede mundial de computadores e nas sedes dos sindicatos.	Os formulários serão disponibilizados nos sítios dos sindicatos, da Fenacor e da SUSEP na rede mundial de computadores e nas <b>unidades da Fenacor</b> e dos sindicatos.
<b>Apenas</b> os corretores de seguros e as sociedades corretoras com carteiras de identidade profissional ou título de habilitação profissional emitidos após o recadastramento de que trata a Circular 299/05, e antes de 01.08.2008 ficam dispensados da apresentação dos formulários e documentos de que tratam os parágrafos 1º e 3º deste artigo, a exceção do anexo VI.	Os corretores de seguros e as sociedades corretoras, com carteira de identidade profissional ou título de habilitação profissional emitido após o recadastramento de que trata a Circular 299/05, e antes de 01.08.2008 <b>ou 01.07.2009, respectivamente</b> , ficam dispensados da apresentação dos documentos, de que trata o parágrafo 3º deste artigo, desde que qualquer eventual alteração cadastral tenha sido comunicada à SUSEP.

Anterior Resolução 370/08	Atual Resolução 383/09
O período de recadastramento será de 01.08.2008 a 30.11.2008, para os corretores de seguros, e de 01.02.2009 a 31.07.2009, para as sociedades corretoras.	O período de recadastramento será de 01.08.2008 a 30.11.2008, para os corretores de seguros – <b>pessoa física, e de 01.07.2009 a 31.12.2009</b> , para as sociedades corretoras.
As carteiras de identidade profissional ou título de habilitação profissional, emitidos a partir de 01.08.2008 deverão contar data de validade de três anos, a contar da data de sua emissão.	As carteiras de identidade profissional e títulos de habilitação profissional, emitidos a partir 01.08.2008 <b>e de 01.07.2009, respectivamente</b> , deverão contar data de validade de três anos, a contar da data de sua emissão.
<p>As sociedades seguradoras, as sociedades de capitalização e as entidades abertas de previdência complementar não poderão realizar operações de seguros, capitalização e previdência complementar intermediadas por corretores de seguros e sociedades corretoras com carteira de identidade profissional ou título de habilitação profissional vencidos há mais de 30 dias, nem efetuar pagamentos relativos a comissões de corretagens a tais profissionais, salvo em caso de comissões relativas a apólices, títulos de capitalização ou planos previdenciários contratados anteriormente ao prazo previsto.</p> <p>► Esta vedação se aplica a partir de <b>01.02.2009 e 01.11.2009</b>, respectivamente, para os corretores de seguros e sociedades corretoras.</p>	<p>As sociedades seguradoras, as sociedades de capitalização e as entidades abertas de previdência complementar não poderão realizar operações de seguros, capitalização e previdência complementar intermediadas por corretores de seguros e sociedades corretoras com carteira de identidade profissional ou título de habilitação profissional vencidos há mais de 30 dias, nem efetuar pagamentos relativos a comissões de corretagens a tais profissionais, salvo em caso de comissões relativas a apólices, títulos de capitalização ou planos previdenciários contratados anteriormente ao prazo previsto.</p> <p>► Esta vedação se aplica a partir de <b>01.07.2009 e 01.04.2010</b>, respectivamente, para os corretores de seguros e sociedades corretoras.</p>
Decorridos os prazos mencionados acima, tornar-se inválidos os títulos de habilitação profissional e as carteiras de identidade profissional, emitidos antes de <b>01.02.2009</b> e de 01.08.2008, respectivamente.	Decorridos os prazos mencionados acima, tornar-se inválidos os títulos de habilitação profissional e as carteiras de identidade profissional, emitidos antes de <b>01.07.2009</b> e de 01.08.2008, respectivamente.
Ressalvada a contribuição sindical, o recadastramento de que trata esta Circular não está condicionado ao pagamento de contribuições associativas ou confederativas.	<p>Ressalvada a contribuição sindical, o recadastramento de que trata esta Circular não está condicionado ao pagamento de contribuições associativas, confederativas ou <b>preços de serviços dos sindicatos</b>.</p> <p><b>As carteiras de identidade profissional e os títulos de habilitação profissional serão entregues aos corretores de seguros e às sociedades corretoras pela Fenacor ou pelos sindicatos.</b></p>

**Vigência:** 29.01.2009

**Revogação:** Circular 372/08 ▲

## Escrituração contábil digital

Circular 397, de 14.12.2009

### Sistema Público de Escrituração Digital (SPED)

Dispõe sobre o Sistema Público de Escrituração Digital (SPED).

As sociedades seguradoras, resseguradoras locais, sociedades de capitalização e entidades abertas de previdência complementar, relativamente aos fatos contábeis ocorridos a partir de 1º de janeiro de 2009, ficam obrigadas a enviar sua escrituração mercantil, em versão digital, ao SPED, nas condições estabelecidas pelo Administrador do SPED, sem prejuízo das demais informações a que estão obrigadas a prestar em conformidade com a legislação e regulamentação societária aplicáveis, observando que a Escrituração Contábil Digital (ECD) será transmitida trimestralmente.

- ▶ A data-limite para o envio da ECD observará os mesmos prazos estipulados para o envio dos relatórios de auditoria relativo aos Questionários Trimestrais para as sociedades seguradoras, sociedades de capitalização e entidades abertas de previdência complementar.
- ▶ Os resseguradores locais deverão observar as mesmas datas-limite estipuladas para as demais sociedades e entidades.
- ▶ A ECD relativa ao exercício de 2009 deverá ser encaminhada de uma única vez até o dia 30 de junho de 2010, juntamente com a ECD relativa ao 1º trimestre de 2010.
- ▶ O uso dessas informações observará a política de segurança e de acesso que forem estabelecidas pelo Administrador do SPED, dispensando a abertura de procedimento fiscal ou equivalente para o acesso integral da escrituração.

A não apresentação da ECD nos prazos fixados ensejará a inscrição no Cadastro de Pendências da SUSEP, sem prejuízo das demais sanções cabíveis previstas nas normas da SUSEP.

**Vigência:** 23.12.2009

**Revogação:** não há ▲

## Microseguros

### Ato 18, de 02.07.2009

#### Prorrogação de prazo

O Ato 10/08 (vide *RP Insurance News* abr/08) criou a Comissão Consultiva de Microseguros e o Ato 17/08 (vide *RP Insurance News* dez/08) determinou que o prazo para entrega do relatório contendo as conclusões do trabalho seria 30 de junho de 2009.

O presente Ato altera o prazo para entrega do relatório.

**Prazo anterior:**

**30.06.2009**

**Prazo atual:**

**30.09.2009**

**Vigência:** não menciona

**Revogação:** não há ▲

## Normas contábeis

### Carta-Circular DECON 01, de 02.02.2009

#### Demonstrações contábeis referentes ao exercício de 2008

Esta Carta-Circular trata da elaboração das demonstrações contábeis referentes ao exercício de 2008 e esclarecimento da Circular 379/08 (vide *RP Insurance News* dez/08).

Especificamente com relação às alterações implementadas a partir de 01.01.2009, para as operações referentes aos mercados de seguros, de resseguros, de previdência complementar aberta e de capitalização, a SUSEP esclarece alguns pontos, a seguir descritos.

- A contabilização das operações de seguro deverá obedecer ao prazo definido no certificado, quando o risco da cobertura contratual for definido nesse documento e a apólice não representar esse risco.
  - Nesse caso, os registros obrigatórios de emissão também deverão considerar cada certificado, individualmente.
- A contabilização das coberturas de riscos comercializadas em conjunto com produtos de acumulação deverá ser feita de forma equivalente aos produtos de seguros, onde o fato gerador da receita é a vigência do risco individual (competência) e não o recebimento das contribuições (caixa).
  - Os valores referentes à apropriação das despesas de comissões oriundas de operações de assistência financeira com recursos de instituições financeiras conveniadas deverão ser registrados no grupo de outras despesas operacionais.
  - Os valores referentes à apropriação de despesa de comissões oriundas de operações de assistência financeira com recursos próprios deverão ser registrados no grupo de despesas financeiras.
- As provisões técnicas sobre prêmios serão constituídas brutas de resseguros e líquidas de cosseguro.
  - Esse cálculo será efetuado para todo o saldo das provisões, a exceção da PIP e da PIC, inclusive para as provisões referentes a Riscos Vigentes, mas não Emitidos.
- Os valores constantes das contas referentes à recuperação de sinistros, nas provisões de sinistros a liquidar, devem ser reclassificadas para a conta 1134 – Resseguradoras

**Vigência:** não menciona

**Revogação:** não há ▲

## Circular 385, de 29.06.2009

### Alteração das normas contábeis

Dispõe sobre alterações das normas contábeis a serem observadas pelas sociedades seguradoras, resseguradoras, sociedades de capitalização e entidades abertas de previdência complementar, instituídas pela Resolução 86/02.

A Circular 385 altera os anexos I, II e III.

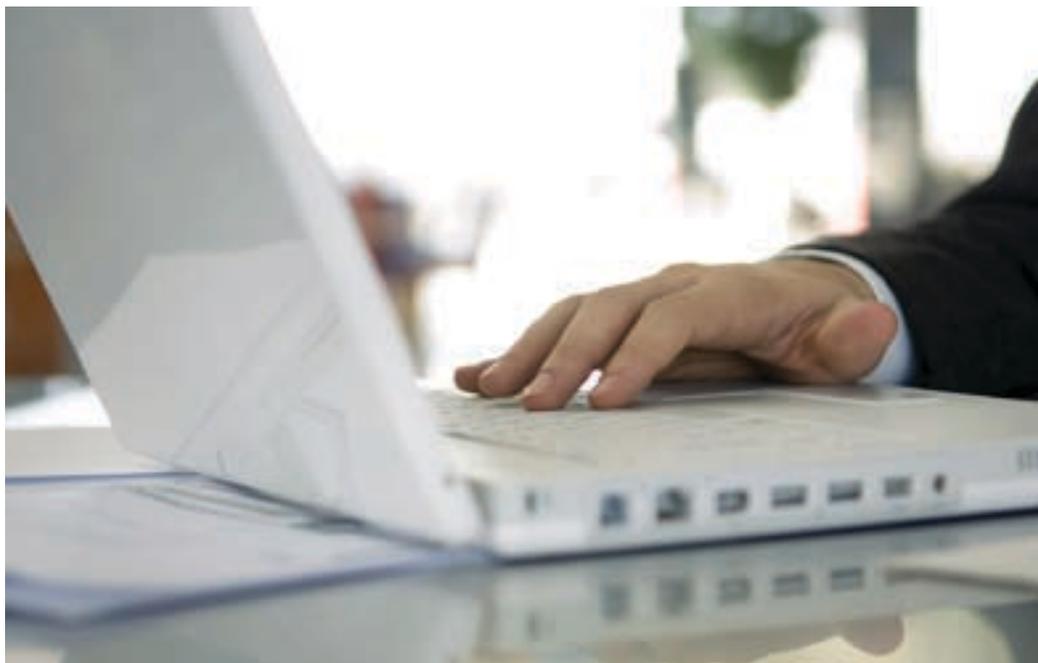
- ▶ No anexo II, foram feitas tanto inclusões como exclusões de diversos itens no plano de contas analítico.
- ▶ No anexo III, foram incluídos novos desdobramentos e subcontas e outros foram retirados.

A seguir, destacamos as principais alterações e inclusões nas normas e procedimentos contábeis, introduzidas pelo Anexo I.

Alterada Circular 86/02	Atual Circular 385/09
<b>Codificação do Plano de Contas</b>	
Grupo 38 – <b>Resultado Não-operacional</b> – Resultado na Alienação de Bens do Ativo <b>Permanente</b> – Resultado de Outras Operações – <b>Perda na Reavaliação de Imóveis</b>	Grupo 38 – <b>Ganhos e Perdas com Ativos Não-correntes</b> – Resultado na Alienação de Bens do Ativo <b>Não-corrente</b> – Resultado de Outras Operações – <b>Redução ao Valor Recuperável</b>
<b>Notas Explicativas</b>	
Será divulgada nota explicativa referente ao Patrimônio Líquido Ajustado (PLA) e Margem de Solvência.	Será divulgada nota explicativa referente ao Patrimônio Líquido Ajustado (PLA), Margem de Solvência e <b>Capital Mínimo Requerido</b> .
Deverá ser divulgada, em se tratando de sociedade seguradora, a margem de solvência apurada no mês a que se refiram as demonstrações financeiras.	Deverá ser divulgada, em se tratando de sociedade seguradora, a margem de solvência apurada no mês a que se refiram as demonstrações financeiras <b>ou a exigência do Capital Mínimo Requerido, dos dois o maior</b> .

Para efeito de registro contábil, as cedentes deverão disponibilizar as informações abaixo para as cessionárias, no prazo de 30 dias após o fechamento do trimestre. Quando essas informações forem fornecidas a uma corretora de resseguros, as corretoras terão um prazo adicional de 10 dias para disponibilizarem as informações às resseguradoras.

- Nome do Ressegurador
- Participação do Ressegurador
- Referência da Seguradora
- Referência do Ressegurador
- Descrição do Contrato (Patrimonial Cota Parte/Excedente de Responsabilidade etc)
- Ano de Subscrição
- Período de Subscrição
- Período da prestação de contas
  
- Crédito
- Prêmio (Emitido/Cobrado)
- Adicional Fracionamento
- Subtotal
- Débito
- Comissão de Resseguro
- Comissão de Corretagem
- Impostos (se houver)
- Sinistros pagos
- Despesas de Sinistros pagos
- Adiantamento de Sinistros (conta redutora)
- Subtotal
- Saldo credor/devedor
  
- Informativo
- Reserva de Sinistros pendentes
- Provisão de Prêmios não ganhos



A Circular 379/08 (vide *RP Insurance News* dez/08) determinou que quando o risco de cobertura contratual for definido no certificado e, portanto, a apólice não representar risco, a contabilização pela vigência da cobertura deverá obedecer ao prazo definido no certificado, neste caso, os registros obrigatórios de emissão também deverão registrar cada certificado individualmente.

- ▶ A Circular 385 determina que o prazo para adequação do que foi mencionado acima foi até 30.06.2009.

A administração é responsável pela avaliação, no mínimo por ocasião do levantamento das demonstrações financeiras, das possibilidades de realização dos créditos tributários decorrentes de prejuízos fiscais de Imposto de Renda bases negativas de cálculo da Contribuição Social Sobre o Lucro (CSSL). Essa avaliação, quando decorrente de prejuízo fiscal e base negativa de contribuição social, será formalizada mediante elaboração de projeções de resultados tributáveis que permitam a realização do crédito tributário no prazo máximo de **dez** anos. A norma alterada determinava que o prazo máximo era de **cinco** anos.

- ▶ O registro contábil do prêmio de DPVAT será registrado pela consorciada, líquido de repasses obrigatórios (SUS, Denatran etc), na proporção de suas participações no consórcio DPVAT.

**Vigência:** 30.06.2009

**Revogação:** não há ▲

### Circular 387, de 26.08.2009 – Resseguros

A Circular 379/08 (vide *RP Insurance News* dez/08) dispõe sobre alterações das Normas Contábeis a serem observadas pelas sociedades seguradoras, resseguradoras, sociedades de capitalização e entidades abertas de previdência complementar, instituídas pela Resolução 86/02.

A Circular 387 acrescenta a seguinte redação ao normativo supracitado:  
“O IRB-Brasil Resseguros S.A. terá prazo de 270 dias, a contar da data de publicação da Circular 379, para se adaptar ao disposto nesta Norma.”

**Vigência:** 27.08.2009

**Revogação:** não há ▲

### Circular 398, de 21.12.2009

#### Normas contábeis a partir de 2010 e apresentação dos FIPs

Esta Circular dispõe sobre as normas contábeis que deverão vigorar, a partir de 2010, e sobre a apresentação dos Formulários de Informações Periódicas (FIPs) relativos a esse exercício.

As sociedades e entidades supervisionadas pela SUSEP deverão apresentar suas informações contábeis no Formulário de Informações Periódicas (FIP), durante os meses de janeiro a novembro de 2010, conforme determinam as normas contábeis vigentes em 2009.

Nas demonstrações financeiras correspondentes ao período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2010, as sociedades e entidades supervisionadas deverão divulgar, em nota explicativa, que foram elaboradas com base nas normas contábeis vigentes em 2009, descrevendo as principais alterações que poderão ter impacto sobre suas demonstrações de encerramento do exercício, bem como apresentar estimativa dos possíveis efeitos no patrimônio líquido e no resultado.

A SUSEP divulgará, até 31 de março de 2010, os critérios para a adaptação das informações contábeis. As demonstrações financeiras correspondentes ao encerramento do exercício de 2010 deverão ser apresentadas, comparativamente com as de 2009, ajustadas às normas contábeis vigentes em 2010.

**Vigência:** 22.12.2009

**Revogação:** não há ▲

## Planos de pecúlio e pensão

### Carta-Circular DETEC 02, de 17.08.2009

#### Produtos voltados a menores

A presente Carta-Circular traz orientações sobre planos de pecúlio e pensão voltados aos menores.

Com referência aos produtos operados pelo mercado previdenciário voltados a menores, em particular aos planos de pecúlio e pensão a menores, a SUSEP esclarece que não poderá haver restrição ao benefício na hipótese de indicação pelos participantes, no momento da contratação, de menores que não possuam condição de filhos ou dependentes econômicos para fins de imposto de renda.

Caso existam planos que tenham sido aprovados dessa forma, a SUSEP solicita a retificação das respectivas cláusulas, artigos e/ou parágrafos. A SUSEP esclarece que plano padrão de pensão a menores, constante no *site* foi ajustado, a partir desta orientação.

Para empresas que utilizam o referido modelo padrão, a SUSEP informa que o dispositivo ora questionado, que necessita ser retificado, encontra-se nos parágrafos 4º do artigo 5º, no caso de plano individual, e do artigo 7º, no caso de plano coletivo.

No que diz respeito à comercialização dos planos referidos, a análise da condição de filho ou dependente econômico para fins de imposto de renda, caso a empresa entenda conveniente, deverá ser feita por meio da proposta de inscrição. Caso contrário, o participante deverá ser orientado que as contribuições efetuadas ao plano somente serão objeto de diferimento tributário nas hipóteses de dependência econômica, na forma da legislação fiscal vigente.

**Vigência:** não menciona

**Revogação:** não há ▲

## Provisões técnicas

### Resolução 204, de 28.05.2009

#### Constituição das provisões técnicas

As Resoluções 162/06 e 195/08 (vide *RP Insurance News* de dez/06 e dez/08) dispõem sobre regras e procedimentos para a constituição das provisões técnicas das sociedades seguradoras, entidades abertas de previdência complementar e sociedades de capitalização.

A Resolução 204 traz alterações aos normativos supracitados.

Alteradas Resoluções 162/06 e 195/08	Atual Resolução 204/09
<p>A Provisão Complementar de Prêmios (PCP) deve ser constituída mensalmente para complementar a PRNE, considerando todos os riscos vigentes, <b>recebidos</b> ou não, obedecidos aos seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o cálculo da provisão deve ser efetuado <i>pro rata die</i>, tomando por base as datas de início e fim de vigência do risco e as contribuições ou prêmios líquidos <b>recebidos</b>, e o seu valor será a diferença, se positiva, entre a média da soma dos valores apurados diariamente no mês de constituição e a PRNE constituída, considerando todos os riscos vigentes, <b>recebidos</b> ou não;</li> <li>o cálculo da provisão deve contemplar estimativa para os riscos vigentes, mas não <b>recebidos</b>;</li> <li>a PCP deverá ser estimada mensalmente.</li> </ul>	<p>A Provisão Complementar de Prêmios (PCP) deve ser constituída mensalmente para complementar a PRNE, considerando todos os riscos vigentes, <b>emitidos</b> ou não, obedecidos aos seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o cálculo da provisão deve ser efetuado <i>pro rata die</i>, tomando por base as datas de início e fim de vigência do risco e as contribuições ou prêmios líquidos <b>emitidos</b>, e o seu valor será a diferença, se positiva, entre a média da soma dos valores apurados diariamente no mês de constituição e a PRNE constituída, considerando todos os riscos vigentes, <b>emitidos</b> ou não;</li> <li>o cálculo da provisão deve contemplar estimativa para os riscos vigentes, mas não <b>emitidos</b>;</li> <li>a PCP deverá ser estimada mensalmente, <b>por carteira</b>.</li> </ul>

Alteradas Resoluções 162/06 e 195/08 (cont.)	Atual Resolução 204/09 (cont.)
<p>A Provisão de Riscos Não Expirados (PRNE) deve ser calculada <i>pro rata die</i>, <b>com base nas contribuições ou prêmios líquidos recebidos no mês, tomando por base as datas de início e fim de vigência do risco</b>, no mês de constituição.</p>	<p>A Provisão de Riscos Não Expirados (PRNE) deve ser calculada <i>pro rata die</i>, <b>com base no risco vigente na database, considerando as contribuições ou prêmios emitidos até tal data e as datas de início e fim de vigência do risco</b>, no mês de constituição.</p>
<p>O cálculo da provisão deve contemplar estimativa para os riscos vigentes, mas não <b>recebidos (PRNE-RVNR)</b>, sendo obtida por método previsto em nota técnica atuarial mantida pela entidade aberta de previdência complementar ou sociedade seguradora.</p>	<p>O cálculo da provisão deve contemplar estimativa para os riscos vigentes, mas não <b>emitidos (PRNE-RVNE)</b>, sendo obtida por método previsto em nota técnica atuarial mantida pela entidade aberta de previdência complementar ou sociedade seguradora.</p>
<p>A nota técnica atuarial com a metodologia de cálculo da <b>PRNE-RVNR</b> deve ser entregue à SUSEP num prazo máximo de cinco dias úteis contados da data de recebimento da solicitação.</p>	<p>A nota técnica atuarial com a metodologia de cálculo da <b>PRNE-RVNE</b> deve ser entregue à SUSEP num prazo máximo de cinco dias úteis contados da data de recebimento da solicitação.</p>
<p>A entidade aberta de previdência complementar ou sociedade seguradora que não possua base de dados suficiente para utilização de metodologia própria deve calcular a <b>PRNE-RVNR</b> segundo critério definido pela SUSEP.</p>	<p>A entidade aberta de previdência complementar ou sociedade seguradora que não possua base de dados suficiente para utilização de metodologia própria deve calcular a <b>PRNE-RVNE</b> segundo critério definido pela SUSEP.</p>
<p>A SUSEP pode, a qualquer tempo, conforme se faça necessário em cada caso concreto, determinar à entidade aberta de previdência complementar ou sociedade seguradora a utilização de método específico para o cálculo da estimativa da <b>PRNE-RVNR</b>.</p>	<p>A SUSEP pode, a qualquer tempo, conforme se faça necessário em cada caso concreto, determinar à entidade aberta de previdência complementar ou sociedade seguradora a utilização de método específico para o cálculo da estimativa da <b>PRNE-RVNE</b>.</p>

O artigo 2º da Resolução 195/08, que traz algumas inclusões a Resolução 162/06, deveria entrar em vigor a partir de 01.07.2009, passará a vigorar a partir de 30.06.2009.

**Vigência:** 29.05.2009

**Revogação:** não há ▲

Nos casos em que o risco da cobertura contratada não seja definido na apólice ou no endosso, mas no certificado ou item segurado, o cálculo da PPNG deverá ser efetuado, por certificado ou item.

### Circular 386, de 05.08.2009 – DPVAT

Dispõe sobre a obrigatoriedade das sociedades seguradoras realizarem a cobertura das provisões técnicas correspondentes a sua participação nas operações dos Consórcios DPVAT de forma segregada das demais operações.

A cobertura das provisões técnicas correspondentes às operações dos Consórcios DPVAT se sujeita às regras de aplicação de recursos garantidos baixadas pelo Conselho Monetário Nacional (CMN).

**Vigência:** 01.01.2010

**Revogação:** não há ▲

## Ramos de seguros

### Circular 395, de 03.12.2009

#### Codificação dos ramos de seguro e classificação das coberturas contidas em planos de seguro

A presente Circular estabelece a codificação dos ramos de seguro e dispõe sobre a classificação das coberturas contidas em planos de seguro, para fins de contabilização.

As operações realizadas nos mercados de seguros de danos e de pessoas, inclusive o registro dos planos na SUSEP, deverão respeitar a nova codificação de ramos apresentada no anexo I desta Circular.

Para efeitos desta Circular, consideram-se as seguintes definições:

- ▶ **Grupo:** conjunto de ramos que possuem alguma característica comum.
- ▶ **Ramo:** conjunto de coberturas diretamente relacionadas ao objeto ou objetivo do plano de seguro.
- ▶ **Ramo Principal:** é o ramo do plano de seguro que melhor o caracteriza, sendo definido a partir das coberturas que o compõem.

Quando for realizado o registro do plano de seguro na SUSEP, para cadastro e análise, deverão ser informados o nome e o código do ramo principal ao qual o referido plano pertence.

### Elaboração dos planos de seguros de danos

Exclusivamente para os seguros de danos, aplicam-se também as definições a seguir relacionadas.

- ▶ **Plano de Seguro Simples:** plano de seguro que contempla exclusivamente coberturas de um único ramo.
- ▶ **Plano de Seguro Composto:** plano de seguro que, além das coberturas do ramo principal, contém coberturas agregadas submetidas em conjunto, pertencentes ao mesmo Grupo ou não, nos termos desta Circular.
- ▶ **Cobertura Agregada:** é a cobertura de contratação facultativa no plano de seguro composto, pertencente ao ramo de seguro distinto do ramo principal.
- ▶ **Plano de Seguro Principal:** plano de seguro, simples ou composto, ao qual o plano secundário poderá estar vinculado.
- ▶ **Plano de Seguro Secundário:** plano de seguro que apresenta coberturas típicas de um único ramo, que somente poderão ser comercializadas em conjunto com um ou mais planos de seguro principal, e que possui registro próprio na SUSEP.

Para os planos de seguro secundário, a sociedade seguradora deverá indicar também, no registro os números de registro na SUSEP correspondentes aos respectivos planos de seguro principal.

As coberturas do plano de seguro secundário somente poderão ser comercializadas como coberturas adicionais, de contratação facultativa pelo segurado.

Para efeito do registro na SUSEP, as condições gerais deverão constar apenas no registro correspondente ao plano de seguro principal.

A SUSEP poderá solicitar, a qualquer tempo, que as condições gerais do plano de seguro principal sejam anexadas ao plano de seguro secundário, determinando, ainda, alterações para a correta aplicação destas condições aos dois planos.

A SUSEP poderá determinar a impossibilidade da comercialização do plano de seguro secundário em conjunto com o plano de seguro principal, cancelando, se for o caso, seu registro.

Caso a sociedade seguradora tenha interesse em vincular o plano de seguro secundário já cadastrado na SUSEP a outro plano de seguro principal deverá, previamente à comercialização, comunicar a SUSEP esse novo vínculo.

Ressalvados os casos expressamente previstos nesta Circular, os planos compostos não poderão conter coberturas agregadas pertencentes a Grupos distintos.

Os planos de seguro composto relativos ao Grupo Patrimonial (01), somente poderão oferecer as seguintes coberturas agregadas pertencentes a outros Grupos:

- cobertura de despesas médicas, hospitalares e odontológicas, nos termos da regulamentação específica;
- de acordo com o tipo de plano, cobertura de responsabilidade civil familiar, cobertura de responsabilidade civil do síndico e/ou do condomínio ou cobertura de responsabilidade civil em função dos danos materiais ocasionados na guarda de veículo de terceiro, todas à base de ocorrência; e
- para o Ramo Riscos de Engenharia (0167), cobertura de responsabilidade civil geral e responsabilidade civil cruzada, ambas à base de ocorrência, na forma estabelecida pela norma específica do respectivo Ramo.

Nos Ramos Compreensivo Residencial (0114), Compreensivo Condomínio (0116), Compreensivo Empresarial (0118) e Riscos Nomeados e Operacionais (0196), os planos de seguro composto não poderão conter coberturas agregadas específicas dos Ramos Riscos de Engenharia (0167) e Lucros Cessantes (0141), ainda que pertençam ao mesmo Grupo.

Somente poderão ser enquadrados no Ramo Riscos Nomeados e Operacionais (0196), os planos de seguro que possuam riscos desta natureza e dependam da contratação de resseguro facultativo.

Nos planos de seguro composto pertencentes aos Grupos Marítimos (14) e Aeronáuticos (15) somente poderão ser oferecidas as seguintes coberturas agregadas:

- coberturas de responsabilidade civil, à base de ocorrência, vinculadas a eventos que envolvam diretamente o bem segurado; e
- cobertura de despesas médicas, hospitalares e odontológicas, nos termos da regulamentação específica.

Os planos de seguro composto relativos aos Ramos Automóvel – Casco (0531) e Seguro Popular de Automóvel Usado (0526) poderão oferecer exclusivamente, como coberturas agregadas, as coberturas relativas aos Ramos Assistência e Outras Coberturas – Auto (0542), Acidentes Pessoais de Passageiros – APP (0520) e Responsabilidade Civil Facultativa Veículos – RCFV (0553), além da cobertura de despesas médicas, hospitalares e odontológicas, nos termos da regulamentação específica.

A SUSEP poderá determinar, a qualquer tempo, a exclusão de qualquer cobertura agregada do plano de seguro composto, ainda que pertencente ao mesmo Grupo do plano de seguro principal.

Os seguros obrigatórios somente poderão ser submetidos a análise e arquivamento da SUSEP por meio de registro específico.

### Elaboração dos planos de seguros de pessoas

Os planos de seguro de pessoas não poderão conter coberturas não enquadradas nos ramos dos Grupos Pessoas Coletivo (09) ou Pessoas Individual (13), na forma do anexo I a esta Circular.

Os planos de seguro deverão ser encaminhados em sua versão completa independentemente de serem comercializados em conjunto com algum plano de seguro de danos.

### Contabilização dos planos de seguro

A contabilização das coberturas comercializadas nos planos de seguro será efetuada nos respectivos ramos, conforme codificação apresentada no anexo I a esta Circular.

- ▶ Os avisos de sinistros de ramos em *run-off*, cujas correspondentes apólices tenham sido emitidas antes de janeiro de 2011, deverão ser registrados de acordo com a classificação apresentada no anexo II a esta Circular.
- ▶ Os endossos às apólices emitidas antes de janeiro de 2011 deverão ser registrados de acordo com a classificação de ramos vigente na data da emissão da apólice.
- ▶ As coberturas dos planos de seguro comercializados por meio de apólices coletivas deverão ser registradas individualmente, por item segurado ou certificado, sempre que o risco da cobertura contratual for definido por item segurado, ou no certificado.

No caso de planos de seguro pertencentes ao Grupo Patrimonial (01), quando contratada a cobertura de incêndio, a contabilização de todas as coberturas comercializadas deverá ser efetuada em um dos seguintes ramos, observadas suas características:

- Riscos Nomeados e Operacionais (0196), se o plano se enquadrar neste ramo;
- Riscos de Engenharia (0167), se o plano contiver coberturas típicas deste ramo;
- Compreensivo Residencial (0114), se o plano for destinado a residências;
- Compreensivo Condomínio (0116), se o plano for destinado a condomínios; ou
- Compreensivo Empresarial (0118), se o plano for destinado a empresas.

Na hipótese de não ser contratada a cobertura de incêndio, as demais coberturas comercializadas deverão ser contabilizadas no Ramo Riscos Diversos (0171), salvo se pertencentes a ramo específico.

As coberturas contidas em planos de seguro secundários serão obrigatoriamente contabilizadas em seus respectivos ramos, com exceção daquelas diretamente vinculadas a plano de seguro principal do Ramo Riscos Nomeados e Operacionais (0196), hipótese em que poderão ser contabilizadas neste Ramo.

A renovação das apólices emitidas nos Ramos Garantia Estendida/Extensão de Garantia – Bens em Geral (0195) ou Garantia Estendida/Extensão de Garantia – Auto (0524) que ocorrer após o término da garantia original de fábrica, deverá ser contabilizada nos Ramos Assistência – Bens em Geral (0112) ou Assistência e Outras Coberturas – Auto (0542), respectivamente.

As coberturas do plano de seguro de vida do produtor rural devedor de crédito rural deverão ser contabilizadas no Ramo Seguro de Vida do Produtor Rural (1198).

A contabilização das coberturas pertencentes ao Grupo Habitacional (10) deverá ser efetuada, observando-se os seguintes critérios:

- todas as coberturas garantidas pela apólice prevista na Circular 111/99 deverão ser contabilizadas no ramo Seguro Habitacional do Sistema Financeiro da Habitação (1066);
- as coberturas dos riscos de morte e invalidez permanente (MIP) de planos que se destinem exclusivamente à garantia de financiamentos de imóveis em geral deverão ser contabilizadas no Ramo Seguro Habitacional em Apólices de Mercado – Prestamista (1061); e
- as coberturas dos riscos de danos físicos ao imóvel (DFI) e as coberturas facultativas de planos que se destinem exclusivamente à garantia de financiamentos de imóveis em geral deverão ser contabilizadas no Ramo Seguro Habitacional em Apólices de Mercado – Demais Coberturas (1065).

A contabilização das coberturas pertencentes aos Grupos Pessoas Coletivo (09) e Pessoas Individual (13) deverá ser efetuada, observando-se os seguintes critérios, para cada ramo:

- ▶ Ramo Perda do Certificado de Habitação de Vão (PCHV), todas as coberturas do plano deverão ser contabilizadas nos respectivos ramos dos Grupos Pessoas Coletivo (0936) ou Pessoas Individual (1336), conforme o caso.
- ▶ Ramo Viagem, todas as coberturas do plano deverão ser contabilizadas nos respectivos ramos dos Grupos Pessoas Coletivo (0969) ou Pessoas Individual (1369), conforme o caso.
- ▶ Ramo Educacional, todas as coberturas do plano deverão ser contabilizadas nos respectivos ramos dos Grupos Pessoas Coletivo (0980) ou Pessoas Individual (1380), conforme o caso.
- ▶ Ramo Prestamista, todas as coberturas do plano deverão ser contabilizadas nos respectivos ramos dos Grupos Pessoas Coletivo (0977) ou Pessoas Individual (1377), conforme o caso.

- ▶ Ramo Dotal Misto, as coberturas de morte e sobrevivência deverão ser contabilizadas nos respectivos ramos dos Grupos Pessoas Coletivo (0983) ou Pessoas Individual (1383), conforme o caso.
  
- ▶ Para os demais ramos de seguro:
  - as coberturas de morte por qualquer causa, invalidez ocasionada por doença e invalidez por qualquer causa (doença ou acidente) deverão ser contabilizadas nos Ramos Vida dos Grupos Pessoas Coletivo (0993) ou Pessoas Individual (1391), conforme o caso;
  - as coberturas de morte acidental, invalidez por acidente, despesas médico-hospitalares e odontológicas, e diárias de incapacidade por acidente deverão ser contabilizadas nos Ramos Acidentes Pessoais dos Grupos Pessoas Coletivo (0982) ou Pessoas Individual (1381), conforme o caso;
  - as coberturas de doenças graves ou doença terminal deverão ser contabilizadas nos respectivos Ramos Doenças Graves ou Doença Terminal dos Grupos Pessoas Coletivo (0984) ou Pessoas Individual (1384), conforme o caso;
  - as coberturas de auxílio funeral deverão ser contabilizadas nos respectivos Ramos Auxílio Funeral dos Grupos Pessoas Coletivo (0929) ou Pessoas Individual (1329), conforme o caso;
  - as coberturas de desemprego/perda de renda deverão ser contabilizadas nos respectivos Ramos Desemprego/Perda de Renda dos Grupos Pessoas Coletivo (0987) ou Pessoas Individual (1387), conforme o caso;
  - as coberturas por sobrevivência deverão ser contabilizadas nos respectivos ramos dos Grupos Pessoas Coletivo (0983, 0986 ou 0994) ou Pessoas Individual (1383, 1386 ou 1392), conforme o caso; e
  - as coberturas de diária de incapacidade por doença, diária de incapacidade por doença ou acidente, diária de internação hospitalar, perda de renda por incapacidade, ou qualquer outra cobertura de risco de seguros de pessoas que não possua ramo próprio nos Grupos Pessoas Coletivo (09) ou Pessoas Individual (13) da “Tabela de Ramos e Grupos” constante do anexo I desta Circular, deverão ser contabilizadas nos Ramos Eventos Aleatórios dos Grupos Pessoas Coletivo (0990) ou Pessoas Individual (1390), conforme o caso.

A partir de 1º de janeiro de 2011, as sociedades seguradoras não poderão comercializar planos de seguro em desacordo com as disposições desta Circular.

Os planos de seguro atualmente comercializados deverão ser adaptados aos Capítulos I e II desta Circular até a data prevista sem necessidade de novo registro do plano na SUSEP, salvo nos casos em que a Circular exija.

Os contratos em vigor devem ser adaptados aos termos desta Circular, na data das respectivas renovações, quando estas forem posteriores à data prevista.

Salvo disposição em contrário, em regulamentação específica, a contabilização dos planos de seguro, na forma e nos ramos previstos no Capítulo III e anexos desta Circular, somente deverá ser efetuada a partir da data prevista.

A necessidade da contabilização de coberturas regularmente comercializadas pela sociedade seguradora em novo ramo de seguro, em razão do atendimento às exigências desta Circular, não caracteriza o início da operação naquele ramo, sendo, portanto, desnecessário o envio da Nota Técnica Atuarial da Carteira.

A Circular 395 altera um trecho da Circular 368 e estabelece regras para estruturação e envio da nota técnica atuarial da carteira de automóveis.

Alterada Circular 368/08	Atual Circular 395/09
Considera-se, para efeito desta Circular, carteira de automóveis como o conjunto de planos de seguros de automóveis, com inclusão ou não, de forma conjugada, das coberturas de <b>responsabilidade civil facultativa e/ou acidentes pessoais de passageiros.</b>	Considera-se, para efeito desta Circular, a carteira de automóveis como o conjunto de planos de seguro de automóveis <b>que forem registrados no Ramo Automóvel – Casco (0531)</b> , com inclusão ou não, de forma conjugada, das coberturas <b>pertencentes aos Ramos de Responsabilidade Civil Facultativa Veículos – RCFV, e/ou Acidentes Pessoais de Passageiros – APP, e/ou Assistência e Outras Coberturas – Auto, e/ou Seguro Popular de Automóvel Usado.</b>
O campo DESCRIÇÃO (3ª coluna) do item 4 – RAMO (5ª linha), constante da Tabela I do anexo à Circular 368/08, passa a vigorar com a seguinte redação:	
Código do ramo, conforme classificação do FIP: 20, 31 ou 53. Os dois primeiros dígitos devem ser preenchidos com o grupo.	Código do ramo, conforme classificação do FIP: 20, <b>26</b> , 31, <b>42</b> ou 53. Os dois primeiros dígitos devem ser preenchidos com o grupo.

**Vigência:** 07.12.2009

**Revogação:** item 14 do anexo I da Circular 379/08, que trata das normas de procedimentos contábeis dos planos conjugados ▲

## Resseguros

### Resolução 203, de 27.04.2009

#### Cessão a resseguradores eventuais

Esta Resolução dispõe sobre o limite máximo de cessão a resseguradoras eventuais, de que trata o artigo 1º do Decreto 6.499/08.

- ▶ A sociedade seguradora ou a sociedade cooperativa poderá ceder, a resseguradores eventuais, até 25% do valor total dos prêmios cedidos em resseguro nos ramos de garantia de obrigações públicas e riscos de petróleo, considerando-se a globalidade de suas operações nesses ramos em cada ano civil.
- ▶ À sociedade seguradora ou sociedade cooperativa que optar pela faculdade acima, aplica-se o limite estipulado no artigo 1º do Decreto 6.499/08, de 10% do valor total dos prêmios cedidos em resseguro, considerados apenas os outros ramos e modalidades de seguros com os quais opere.
- ▶ A Resolução 203 também determina que a formalização das operações de resseguro deverá se dar em até 270 dias do início da vigência da cobertura, sob pena de esta não ser considerada, para todos os fins e efeitos, desde o seu início.

Desta forma, fica alterada a Resolução 168/07 (vide *RP Insurance News* dez/07) que determinava o prazo de 180 dias do início da vigência da cobertura.

**Vigência:** 29.04.2009

**Revogação:** não há ▲

### Resolução 206, de 17.12.2009 – Cadastramento de ressegurador eventual especializado em riscos nucleares

A Resolução 168/07 (vide *RP Insurance News* dez/07) dispõe sobre a atividade de resseguro, retrocessão e sua intermediação.

No caso específico do ramo de riscos nucleares, a presente Resolução altera o prazo para o IRB-Brasil se adequar às disposições da Resolução 168/07.

**Prazo anterior:**  
31.12.2009

**Prazo atual:**  
31.12.2014

**Vigência:** 18.12.2009

**Revogação:** art. 10 da Resolução 194/08 ▲

## Seguros de automóveis

### Circular 389, de 23.09.2009 – Regras e critérios

A Circular 269/04 estabelece, altera e consolida as regras e critérios complementares de funcionamento e de operação dos contratos de seguros de automóveis.

A Circular 389 traz uma pequena inclusão no texto da norma supracitada, relacionada a forma de contratação.

Alterada Circular 269/04	Atual Circular 389/09
<p>As sociedades seguradoras deverão observar os seguintes critérios na comercialização da modalidade de seguro de “valor de mercado referenciado”:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a tabela de referência deverá ser estabelecida dentre aquelas divulgadas em revistas especializadas ou jornais de grande circulação;</li> </ul> <p>(...)</p>	<p>As sociedades seguradoras deverão observar os seguintes critérios na comercialização da modalidade de seguro de “valor de mercado referenciado”:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a tabela de referência deverá ser estabelecida dentre aquelas divulgadas em revistas especializadas ou jornais de grande circulação <b>ou por meio eletrônico, desde que elaborada por instituição de notória competência;</b></li> </ul> <p>(...)</p>

**Vigência:** 24.09.2009

**Revogação:** não há ▲



## Seguro DPVAT

### Circular 393, de 16.10.2009 – Instruções complementares

Altera e consolida as instruções complementares para operação do Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, ou por sua Carga, a Pessoas Transportadas ou Não – Seguro DPVAT, conforme estabelecido pela Resolução 154/06 (vide *RP Insurance News* dez/06).

A Circular 393 revoga a Circular 373/08 (vide *RP Insurance News* ago/08), mantendo o texto do seu anexo com algumas alterações.

- No bilhete de Seguro DPVAT, não será mais obrigatório constar o endereço completo.

Com relação a documentação necessária para o pedido de indenização, o texto sobre invalidez permanente passa vigorar com a seguinte alteração:

Revogada Circular 373/08	Atual Circular 393/09
Laudo do Instituto Médico Legal da <b>circunscrição do acidente, qualificando a extensão das lesões físicas ou psíquicas da vítima e atestando o estado de invalidez permanente, de acordo com os percentuais da Tabela constante da norma de Seguro de Acidentes Pessoais, suplementadas, quando for o caso, pela Tabela de Acidentes do Trabalho e da Classificação Internacional de Doenças;</b> e registro da ocorrência expedido pela autoridade policial competente.	Laudo do Instituto Médico Legal da <b>jurisdição do acidente ou da residência da vítima, com verificação da existência e quantificação das lesões permanentes, totais ou parciais, de acordo com os percentuais da tabela, constante do anexo à Lei 6.194/74,</b> e registro da ocorrência expedido pela autoridade competente.
Ainda sobre os itens obrigatórios dos bilhetes, destacamos a seguinte alteração:	
Informações do <b>Prêmio</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• prêmio tarifário;</li> <li>• IOF; e</li> <li>• <b>prêmio total.</b></li> </ul>	Informações do <b>valor a ser pago pelo segurado</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• prêmio tarifário:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– repasse obrigatório ao Fundo Nacional de Saúde;</li> <li>– repasse obrigatório ao Departamento Nacional de Trânsito; e</li> <li>– custo efetivo do seguro;</li> </ul> </li> <li>• custo da emissão e cobrança do bilhete;</li> <li>• valor do IOF; e</li> <li>• <b>valor total a ser pago pelo segurado.</b></li> </ul>

- Os Consórcios e as sociedades seguradoras, para os veículos excluídos destes, estabelecerão modelos próprios de bilhetes do Seguro DPVAT, contendo os elementos mínimos estabelecidos nesta Circular.

**Vigência:** 01.01.2010

**Revogação:** 373/08 ▲

## Resolução 207, de 17.12.2009 Pagamento do prêmio do consórcio

Dispõe sobre o prazo de vencimento para o pagamento do prêmio do Consórcio que inclui as categorias 3 e 4 do Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, ou por sua Carga, a Pessoas Transportadas ou não.

Para o Consórcio que inclui as categorias 3 e 4, prevalece para o ano de 2010, vencimento até a data do emplacamento ou licenciamento anual do respectivo veículo, como é determinado na Resolução 192/08 (vide *RP Insurance News* dez/08).

**Vigência:** 18.12.2009

**Revogação:** não há ▲

## Seguro em moeda estrangeira e seguro no exterior

### Circular 392, de 16.10.2009 – Procedimentos operacionais

A presente Circular dispõe sobre procedimentos operacionais para emissão de seguro em moeda estrangeira e para contratação de seguro no exterior.

### Contratação de seguro em moeda estrangeira

#### Ramos, sub-ramos e modalidades previstos

A emissão de seguro em moeda estrangeira no País poderá ser efetuada quando o risco pertencer a um dos seguintes ramos, sub-ramos, ou modalidades:

- crédito à exportação;
- aeronáutico;
- riscos nucleares;
- satélites;
- transporte internacional;
- cascos marítimos, quando se tratar de embarcações de longo curso, de cabotagem, fluviais, de apoio às plataformas ou embarcações pertencentes a empresas brasileiras de navegação registradas no Registro Especial Brasileiro (REB);
- riscos de petróleo;
- responsabilidade civil:
  - por atos praticados por conselheiros, diretores e/ou administradores (D&O), quando a pessoa jurídica que o segurado representa emitir certificados de depósito de ações ou títulos de dívida no exterior;
  - carta verde;
  - responsabilidade civil do transportador de viagens internacionais (RCTR-VI);
  - geral de produtos no exterior;
  - geral de *recall* para produtos no exterior; e
  - de hangar;
- outros ramos, sub-ramos ou modalidades que se refiram a:
  - equipamentos arrendados ou cedidos a terceiros, quando o arrendador ou cedente for segurado pessoa jurídica constituída no exterior;
  - máquinas e equipamentos, quando se tratar de embarcações de longo curso, de cabotagem, fluviais, de apoio às plataformas ou embarcações pertencentes a empresas brasileiras de navegação registradas no Registro Especial Brasileiro (REB); e
  - construção, reforma ou reposição de embarcações ou aeronaves, bem como de seus componentes, cuja execução ocorra no País por conta e ordem de pessoa física ou jurídica residente ou domiciliada no exterior, ou por empresa nacional, desde que amparada por contrato de financiamento externo;

- seguro compreensivo do operador portuário;
  - seguro de riscos de engenharia, relativos a obras civis em construção e/ou a instalações e montagens, cuja execução ocorra no País por conta e ordem de pessoa física ou jurídica residente ou domiciliada no exterior, ou por empresa nacional, desde que amparada por contrato de financiamento externo;
  - seguros da usina hidrelétrica Itaipu Binacional, quando incluídos no convênio de distribuição igualitária entre Brasil e Paraguai;
  - seguro garantia, quando o tomador ou o segurado forem domiciliados no exterior; e
  - seguros de bens cuja reposição ou reparação dependa de importação.
- 
- ▶ Na hipótese de contratação de seguro que cubra simultaneamente outros riscos, além de bens importados, a emissão em moeda estrangeira fica permitida apenas nos casos em que o valor dos bens importados garantidos pela apólice represente, no mínimo, 50% da importância segurada contratada.
  - ▶ Quando a contratação do seguro envolver um ou mais sub-ramos ou modalidades de um mesmo ramo previstas nesta norma, o mesmo poderá ser integralmente contratado em moeda estrangeira.
  - ▶ A mera contabilização da apólice em determinado ramo não é prova da sua regularidade.
  - ▶ A SUSEP poderá, a qualquer tempo, exigir documento comprobatório de que a apólice pertence efetivamente ao ramo.
  - ▶ Equipamentos e veículos de apoio/suporte incluídos em apólices pertencentes a qualquer dos ramos, sub-ramos ou modalidades de seguro previstos na regulamentação vigente não estão automaticamente classificados como pertencentes ao ramo, devendo, desse modo, ser observado o que o presente normativo dispõe sobre emissão de apólices em ramos, sub-ramos ou modalidades não previstas.
  - ▶ Caso seja constatado o enquadramento equivocado e a conseqüente contabilização incorreta nos ramos, sub-ramos ou modalidades de seguro, a sociedade seguradora deverá, no prazo determinado pela SUSEP, efetuar as correções devidas e emitir o respectivo endosso em moeda corrente nacional, de acordo com o câmbio da data da celebração do contrato, sem qualquer custo adicional para o segurado e sem prejuízo das sanções administrativas decorrentes.

### Ramos, sub-ramos e modalidades não previstos

A emissão da apólice em moeda estrangeira em ramos, sub-ramos ou modalidades diferentes daqueles previstos nesta Circular poderá ser efetuada, desde que a respectiva contratação se justifique em função do objeto segurado ou do objetivo do seguro.

Para isso, fica estabelecido que não é justificativa suficiente para a emissão de apólice em moeda estrangeira, sem prejuízo de outras situações:

- o âmbito geográfico da cobertura não delimitado ao território nacional;
- o beneficiário ser pessoa física ou jurídica domiciliada no exterior;
- no caso do segurado ser empresa multinacional, tratar-se de exigência da matriz, sediada no exterior;
- a colocação do correspondente resseguro no exterior;
- os bens produzidos em território nacional, serem ajustados ou negociados por cotação de moeda estrangeira;
- a produção ser objeto de exportação; e
- a intenção de se evitar a desvalorização de bens.

A sociedade seguradora encaminhará à SUSEP, até o dia dez de cada mês, nos termos da correspondência cujo modelo consta do Anexo I desta Circular, a listagem das apólices em moeda estrangeira, por ramo, emitidas no mês anterior.

Caso seja constatado que a emissão da apólice em moeda estrangeira, em ramos, sub-ramos ou modalidades distintos daqueles nesta Circular, ocorreu em desacordo com o disposto aqui, a sociedade seguradora deverá, no prazo determinado pela SUSEP, efetuar as correções devidas e emitir o respectivo endosso em moeda corrente nacional, de acordo com o câmbio da data da celebração do contrato, sem qualquer custo adicional para o segurado e sem prejuízo das sanções administrativas decorrentes.

### Contratação de seguro no exterior

A contratação de seguros no exterior fica restrita aos casos previstos na Resolução 197/08 (vide *RP Insurance News* dez/08), que estabelece as disposições para a contratação de seguro em moeda estrangeira e para contratação do seguro no exterior.

Observado o que foi mencionado acima, a SUSEP poderá, a qualquer tempo, solicitar ao segurado e/ou ao respectivo corretor os documentos que comprovem a conformidade com a regulamentação vigente para a contratação de seguros no exterior. A não apresentação da documentação sujeita o segurado e/ou seu intermediário, quando residente ou domiciliado no Brasil, às penalidades cabíveis, nos termos da legislação e regulamentação em vigor.

Na hipótese de não existirem pelo menos dez seguradoras brasileiras que operem no ramo de seguro em que se enquadre o risco, deverão ser consultadas todas as seguradoras que operem naquele ramo.

Não serão consideradas as negativas de cobertura motivadas por ausência de informações prestadas pelo proponente.

Para contratações relativas a riscos para os quais não tenha sido obtida cobertura no País, a SUSEP poderá, a qualquer tempo, exigir que o segurado e/ou o corretor apresentem os seguintes documentos:

- ▶ cópia de consultas efetuadas a, no mínimo, dez sociedades seguradoras brasileiras que operem no ramo de seguro em que se enquadre o risco, devendo ser as consultas iguais, para todas as seguradoras;
- ▶ cópia dos documentos emitidos pelas seguradoras mencionadas no item anterior, com a respectiva negativa de cobertura do seguro, com a justificativa apresentada para o posicionamento; e
- ▶ cópia da consulta efetuada à seguradora no exterior, com tradução juramentada no idioma nacional, nos mesmos termos daquelas efetuadas às seguradoras nacionais.

Alternativamente aos documentos exigidos, para que a SUSEP aceite a carta de negativa emitida por entidade representativa de classe, nos termos da Resolução 197/08, deverão ser atendidos aos seguintes critérios:

- deverão ser realizadas consultas, pela entidade representativa de classe, a todas as sociedades seguradoras brasileiras, no prazo de um dia útil, contado da solicitação de cotação por parte do segurado, devendo ser guardados pela referida entidade os registros da realização das consultas;
- as consultas devem ser encaminhadas ao diretor responsável técnico das sociedades seguradoras, pelo canal por ele indicado, e devem conter os termos, condições e informações necessárias para a análise do risco, garantindo tratamento imparcial a todas as sociedades consultadas;
- a emissão da carta de negativa pela entidade representativa de classe só poderá ocorrer se nenhuma sociedade seguradora tiver se pronunciado quanto ao interesse em assumir o risco, ou se houver apenas pronunciamentos com negativas por parte das sociedades seguradoras brasileiras consultadas;
- findo o prazo de aceitação previsto na regulamentação específica para as seguradoras, a entidade representativa de classe deverá apresentar, no prazo de três dias úteis, a carta de negativa de ou relatório informando as seguradoras que tenham interesse em aceitar o risco.

Para o reconhecimento da entidade representativa de classe, nos termos da Resolução 197/08, as interessadas deverão protocolizar na SUSEP, correspondência, comprometendo-se a atender às seguintes exigências:

- dar publicidade, mensalmente, das estatísticas das consultas realizadas, no modelo constante do Anexo II desta Circular;
- disponibilizar toda e qualquer informação a respeito do processo de consulta, na forma a ser requerida pela SUSEP;
- manter cadastro de todas as sociedades seguradoras brasileiras constantemente atualizado; e
- utilizar sistema que exija certificação digital para o envio das consultas às seguradoras, de modo a permitir a garantia da integridade das referidas consultas, da identidade do remetente, da recepção pelos destinatários e do registro da data e hora do envio.

**O não atendimento a quaisquer exigências acima implicará no não reconhecimento por parte da SUSEP da entidade representativa de classe.**

- Caso seja solicitado pela SUSEP, o segurado e/ou o corretor deverão apresentar a comprovação de que o seguro contratado no exterior foi objeto de acordo internacional referendado pelo Congresso Nacional.

Para efeito do disposto na Lei 9.432/97 (cobertura de seguro de cascos, máquinas e responsabilidade civil para embarcações registradas no Registro Especial Brasileiro – REB) e na Resolução 197/08, especificamente para os casos em que o mercado interno não ofereça preços compatíveis com o mercado internacional, a SUSEP poderá, a qualquer tempo, exigir que o segurado e/ou o corretor apresente os seguintes documentos:

- cópia das consultas efetuadas a, no mínimo, cinco sociedades seguradoras brasileiras que operem no ramo, devendo ser iguais para todas as seguradoras;
- cópia dos documentos emitidos pelas seguradoras brasileiras com a respectiva cotação para a cobertura do seguro;
- cópia da consulta efetuada à seguradora no exterior e respectiva cotação obtida, com tradução juramentada no idioma nacional, nos mesmos termos daquelas efetuadas às seguradoras nacionais;
- cópia das consultas de reavaliação por parte das sociedades seguradoras brasileiras, e das respectivas negativas formais.

A contratação de seguro no exterior para cobertura de riscos no exterior, facultada às pessoas jurídicas, deverá ser informada à SUSEP em até 60 dias contados do início de vigência do risco, nos termos da correspondência cujo modelo consta do Anexo III à presente Circular.

A aplicação de penalidades poderá ocorrer mesmo para os casos onde já tenha ocorrido o término da vigência do contrato.

Para os seguros contratados no exterior, nos casos previstos na legislação e regulamentação em vigor, não será competência da SUSEP intervir em eventuais litígios.

A documentação referente à contratação inicial ou renovação de seguro em moeda estrangeira ou de seguro no exterior, mesmo se anteriormente autorizada pelo IRB-Brasil Re, deverá ser mantida à disposição da SUSEP pelo segurado e pelo corretor, pelo prazo de cinco anos após o término da vigência, sem prejuízo de prazos diferentes exigidos por outros órgãos de controle.

A renovação de seguros contratados no exterior, anteriormente à publicação da Lei Complementar 126/07, somente será regular se for verificado que o seguro se enquadra em alguma das hipóteses previstas na legislação e regulamentação em vigor.

Respeitadas a legislação e a regulamentação em vigor, a aceitação direta de riscos do exterior nos ramos em que a seguradora é autorizada a operar no Brasil não estará sujeita à prévia autorização da SUSEP. Para os casos descritos nesta Circular, deverá ser observada a regulamentação do Conselho Monetário Nacional e do Banco Central, sem prejuízo de outras, se aplicável.

**Vigência:** 20.10.2009

**Revogação:** não há ▲



## Seguro garantia

### Carta-Circular DETEC 03, de 18.12.2009

#### Esclarecimento sobre cláusula específica

A Circular 232/03 dispõe sobre as informações mínimas que deverão estar contidas na apólice, nas condições gerais e nas condições especiais para os contratos de seguro-garantia.

O caso de rescisão de contrato, determinada por ato unilateral e escrito da Administração, nos casos enumerados nos incisos I a XII e XVII do artigo 78 desta Lei, acarreta na execução da garantia contratual, para ressarcimento da Administração, e dos valores das multas e indenizações a ela devidos.

A presente Carta-Circular traz esclarecimentos sobre a Cláusula Específica para Licitações e Contratos de Execução Indireta de Obras, Serviços e Compras da Administração Pública, bem como para Concessões e Permissões de Serviço Público.

O item 7 desta cláusula estabelece que as sociedades seguradoras que operam no ramo de seguro garantia devem observar o inciso III do artigo 80 da Lei 8.666/93, nos casos em que a Administração Pública ou o Poder Concedente figure como segurado na apólice.

Excluem-se, expressamente, da responsabilidade da seguradora, todas e quaisquer multas que tenham caráter punitivo, salvo disposição em contrário, prevista nas condições especiais.

Não há, dessa forma, incompatibilidade entre a cláusula acima mencionada e a cláusula 9.2 das condições gerais constantes do anexo I da Circular 232, pois, ao se observar o inciso III do art. 80 da Lei 8.666/93 (a garantia contratual será executada para cobrir os valores das multas e indenizações devidos à Administração), verifica-se tratar de caso típico de cobertura de multas, sendo, portanto, um caso de disposição em contrário, conforme previsto na parte final do disposto no item 9.2 das condições gerais referidas.

- ▶ As disposições da Lei 8.666/93 são de ordem pública, não podendo, portanto, serem afastadas por acordo entre as partes, sob pena de nulidade.

**Vigência:** não menciona

**Revogação:** não há ▲

## Seguro habitacional

### Circular 388, de 08.09.2009 – Seguro Habitacional do SFH

O presente normativo altera as Condições Particulares para os Riscos de Morte e de Invalidez Permanente e as Normas e Rotinas aplicáveis à Cobertura Compreensiva Especial da Apólice de Seguro Habitacional do Sistema Financeiro da Habitação (SH/SFH), divulgadas pela Circular 111/99, posteriormente alterada pela Circular 353/07 (vide *RP Insurance News* dez/07).

Esta Circular altera a Cláusula 13 – Extinção da Responsabilidade, das Condições Particulares para os Riscos de Morte e de Invalidez Permanente da Apólice de SH/SFH.

Para os sinistros ocorridos a partir de 11.01.2003, extingue-se a responsabilidade indenitária a cargo da Seguradora:

Alterada Circular 353/07	Atual Circular 388/09
<ul style="list-style-type: none"> <li>em relação ao Segurado, no caso de sinistro de invalidez permanente em que o Segurado seja vinculado a órgão previdenciário oficial ou ao Funrural, após decorrido um ano sem que o Segurado tenha comunicado o sinistro ao Estipulante, contado da data da ciência da concessão da aposentadoria por invalidez permanente, considerada:</li> </ul> <p>(...)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>em relação ao Segurado, no caso de sinistro de invalidez permanente em que o Segurado seja vinculado a órgão previdenciário oficial ou ao Funrural, após decorrido um ano sem que o Segurado tenha comunicado o sinistro ao Estipulante, contado da data da ciência da concessão da aposentadoria por invalidez permanente;</li> </ul> <p>(...)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>na hipótese de inexistência da Carta de Concessão/Memória de Cálculo e da informação concernente à data de postagem do documento de concessão do referido benefício, deverá ser considerada como data da ciência da concessão a correspondente ao décimo dia, a contar da data da emissão, pelo órgão previdenciário, do documento que informa ao Segurado sobre a concessão de sua aposentadoria por invalidez permanente;</b></li> </ul> <p>(...)</p>

A Circular 388 também alterou itens das Normas e Rotinas da Apólice de SH/SFH.

Alterada Circular 111/09	Atual Circular 388/09
<p><b>O pagamento de indenização total, mediante Termo de Quitação, implica a obrigatoriedade, para o Estipulante, de imediata desoneração do imóvel, ressalvados os casos de obrigações remanescentes por parte dos segurados. Não poderá a Seguradora negar cobertura após o pagamento da indenização, salvo se ainda não tiver sido liberada a hipoteca ou dada a quitação ao segurado ou aos seus beneficiários. Até 60 dias após o pagamento da indenização, poderão as partes discutir quanto ao valor indenizado.</b></p> <p>Nos casos das indenizações referentes às operações lastreadas, total ou parcialmente, em recursos de Fundos administrados pela CAIXA, esse prazo será de 90 dias após o pagamento da indenização à CAIXA.</p> <p><b>Desde que iniciada a discussão dentro do período acima citado, fica assegurado ao Estipulante e à Seguradora recorrerem quanto aos valores pagos em TQD.</b></p>	<p><b>Desde que iniciada a discussão dentro do prazo de 60 dias, contados da data do pagamento da indenização, poderão o Estipulante e a Seguradora discutir quanto ao valor indenizado.</b></p> <p>Nos casos das indenizações referentes às operações lastreadas, total ou parcialmente, em recursos de fundos administrados pela CAIXA, o prazo para o início de discussão referido no item acima será de 90 dias, contados da data do pagamento da indenização à CAIXA.</p> <p><b>Respeitados os prazos para início de discussão referidos nos itens anteriores, a Seguradora poderá negar cobertura e rever o valor pago.</b></p>

**Vigência:** 10.09.2009

**Revogação:** não há ▲

## Resolução 205, de 18.11.2009 – Disposições

A presente Resolução dispõe sobre o seguro habitacional.

O Seguro Habitacional tem por objetivo a quitação de dívida do segurado correspondente ao saldo devedor vincendo na data do sinistro, relativa a financiamento para aquisição ou construção de imóvel, em geral, e/ou a reposição do imóvel, na ocorrência de sinistro coberto, nos termos desta Resolução.

Este seguro poderá, na forma da legislação vigente, ser operado por sociedades seguradoras autorizadas a operar seguros de pessoas ou por sociedades seguradoras autorizadas a operar seguros de danos, observadas as disposições desta Resolução e demais normativos do CNSF e da SUSEP.

O Seguro Habitacional abrange as seguintes modalidades:

- Seguro Habitacional do Sistema Financeiro da Habitação (SH/SFH); e
  - Seguro Habitacional em Apólices de Mercado (SH/AM).
- ▶ O SH/SFH caracteriza-se por possuir apólice única para todas as sociedades seguradoras, que somente pode ser alterada pelo Conselho Curador do Fundo de Compensação de Variações Salariais (CCFCVS), tendo seu equilíbrio garantido pelo Governo Federal, através do FCVS.
- ▶ O SH/AM caracteriza-se por ter suas coberturas em apólices de mercado sendo as sociedades seguradoras privadas responsáveis pela gestão das respectivas carteiras, nos termos da legislação e regulamentação vigentes.

É vedada a transferência de risco originalmente coberto pelo SH/AM para o SF/SFH. Inclui-se nesta vedação o retorno de risco originalmente coberto pelo SH/SFH, que tenha sido migrado para apólice do SH/AM.

As disposições contidas no anexo desta Resolução serão obrigatoriamente aplicadas às apólices do SH/AM que forem contratadas após 60 dias da data de publicação deste normativo – 18.01.2010.

- ▶ A partir desta data não poderão ser aceitos novos segurados em apólices não enquadradas aos termos desta Resolução.

As condições contratuais e a nota técnica atuarial, referentes a produtos registrados na SUSEP, deverão ser adaptadas, no que couber, ao disposto no anexo desta Resolução até 18.01.2010.

- ▶ A ausência de manifestação formal das sociedades seguradoras quanto à adaptação mencionada acima, implicará na respectiva suspensão da comercialização e o arquivamento dos planos originalmente registrados na SUSEP.
- ▶ Os planos de seguro protocolados na SUSEP, a partir do início de vigência desta Resolução, deverão obedecer aos critérios nela estabelecidos.

Aos casos não previstos nesta norma aplicam-se as disposições normativas gerais em vigor.

## Disposições aplicáveis ao SH/AM

O SH/AM deverá garantir obrigatoriamente coberturas securitárias que prevejam, no mínimo, os riscos de morte e invalidez permanente do segurado e/ou de danos físicos ao imóvel, de acordo com a operação de financiamento de imóvel contratada.

### Definições

**MIP** – Morte e Invalidez Permanente

**DFI** – Danos Físicos ao Imóvel

**Financiador** – qualquer entidade, pública ou privada, que conceda financiamento para construção ou a aquisição de imóvel em geral.

**Estipulante** – no seguro contratado sob a forma coletiva, é o próprio financiador.

**Segurado** – pessoa física ou jurídica que assine com o financiador o contrato de financiamento para a construção ou aquisição de imóvel, na qualidade de adquirente ou promitente comprador; ou o próprio financiador, exclusivamente para a cobertura de DFI, no caso de imóvel adjudicado face execução da dívida por inadimplência do financiado e nos casos em que apenas esteja promovendo a construção.

**Beneficiário** – quem recebe a indenização, em caso de sinistro.

### Coberturas

A cobertura dos riscos de MIP deverá observar o previsto nesta Resolução e respectiva regulamentação e, nos casos omissos, as normas relativas aos seguros de pessoas.

A cobertura dos riscos de DFI deverá observar o previsto nesta Resolução e respectiva regulamentação e, nos omissos, as normas relativas aos seguros de danos.

A cobertura dos riscos mencionada acima contemplará, no mínimo, os danos provenientes de:

- incêndio, raio ou explosão;
- vendaval;
- desmoronamento total;
- desmoronamento parcial, assim entendido a destruição ou desabamento de paredes, vigas ou outro elemento estrutural;
- ameaça de desmoronamento, devidamente comprovada;
- destelhamento; e
- inundação ou alagamento, ainda que decorrente de chuva.

Poderão ser oferecidas nas apólices de SH/AM, em caráter facultativo, outras coberturas além das descritas, devendo ser observada a regulamentação em vigor.

### Contratação do seguro e sua vigência

A contratação do SH/AM será feita mediante emissão de uma única apólice, englobando obrigatoriamente as coberturas de MIP e/ou DFI, de acordo com a operação de financiamento de imóvel contratada.

Deverá ser apresentado ao estipulante, no caso de seguro coletivo, ou ao interessado no financiamento, no caso de seguro individual, o valor correspondente ao Custo Efetivo do Seguro Habitacional (CESH), relação às coberturas dos riscos de MIP e DFI, na forma estabelecida pela SUSEP, para efeito de comparabilidade dos produtos oferecidos.

Os custos correspondentes às coberturas facultativas não integrarão o valor do CESH, devendo ser apresentados de forma segregada ao interessado.

A critério da seguradora poderá ser exigida a Declaração Pessoal de Saúde (DPS) do proponente ao seguro habitacional, quando da contratação ou da adesão ao seguro. Na hipótese de transferência de apólices entre seguradoras, é vedado à seguradora que assumir os riscos exigir nova DPS dos segurados abrangidos pelo contrato anterior.

A seguradora não poderá limitar a oferta da cobertura securitária a proponentes ao seguro habitacional cuja idade, somada ao prazo de financiamento e eventuais renegociações, seja inferior a 80 anos e 6 meses.

O prazo de vigência do seguro deverá corresponder ao prazo de financiamento do imóvel.

A apólice, no caso de seguro individual, ou o certificado individual, no caso de seguro coletivo, deverá permanecer em vigor até o término do prazo de vigência do seguro, mesmo que o segurado esteja inadimplente em relação a qualquer parcela do prêmio.

### Limite Máximo de Garantia

O limite máximo de garantia correspondente à cobertura dos riscos de MIP consistirá, a cada mês, do valor do saldo devedor do financiamento do imóvel, consideradas pagas todas as prestações vencidas.

O limite máximo de garantia correspondente à cobertura dos riscos de DFI consistirá, a qualquer tempo, do valor da avaliação inicial do imóvel, que serviu de base para a operação de financiamento, devidamente atualizado com base no índice convencionado no contrato de seguro.

### Concorrência de apólices

É vedada a contratação concomitante de mais de uma apólice de seguro habitacional para o mesmo financiamento.

### Prêmios

Para efeito de cálculo dos prêmios do seguro correspondentes aos riscos de MIP, as taxas, estabelecidas por faixa etária ou por idade média do grupo segurado, deverão incidir sobre o limite máximo de garantia, respeitadas as datas de pagamento de prestações previstas no contrato de financiamento.

Para efeito de cálculo dos prêmios do seguro correspondentes aos riscos de DFI, as taxas incidirão sobre o limite máximo de garantia.

Deverão constar integralmente das condições contratuais do seguro habitacional as situações e o detalhamento operacional para aplicação de cada tipo de taxa.

### Franquias e Carências

É vedado o estabelecimento de franquias e/ou participações obrigatórias do segurado nas apólices de SH/AM para as coberturas dos riscos de MIP e DFI, admitindo-se, contudo, caso aplicáveis, para as coberturas facultativas.

É vedado o estabelecimento de prazo de carência para as coberturas dos riscos de MIP e DFI nas apólices de SH/AM, quando da adesão ou contratação do seguro, admitindo-se, contudo, caso aplicável, para as coberturas facultativas.

Para as coberturas dos riscos de MIP, faculta-se o estabelecimento de prazo de carência, limitado ao período máximo de 12 meses, nos casos de alterações concernentes à composição de renda para fins de seguro.

### Indenizações

Para a cobertura dos riscos de MIP, a indenização corresponderá à quantia necessária à quitação total do financiamento, assim entendido o saldo devedor vincendo, na data do sinistro.

No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, relacionadas à invalidez permanente, ou sobre a avaliação da incapacidade, a seguradora deverá propor ao estipulante ou ao segurado, conforme o caso, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 dias, a contar da data da contestação por parte do interessado, a constituição de junta médica.

Para a cobertura dos riscos de DFI, a indenização, respeitado o limite máximo de garantia vigente na data do sinistro, corresponderá ao valor necessário à reposição do imóvel ao estado equivalente ao que se encontrava imediatamente antes do sinistro.

Caso o segurado tenha sido aceito na apólice, a seguradora não poderá negar o pagamento da indenização referente à cobertura dos riscos do MIP sob alegação de que, a idade do segurado sinistrado, somada ao prazo de financiamento, desde que corretamente informados, ultrapassa o limite de 80 anos e 6 meses.

### Beneficiários

O beneficiário, em caso de sinistro relacionado aos riscos de MIP, é o próprio estipulante, no caso de seguro coletivo, ou o financiador, no caso de seguro individual.

É vedada a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade do segurado, salvo se houver mudança do financiador.

### Cancelamento

O cancelamento da apólice do SH/AM, respeitado o período correspondente ao prêmio pago, somente poderá ser efetuado mediante acordo entre segurado, seguradora e estipulante, no caso de seguro coletivo, ou financiador, no caso de seguro individual, observada a legislação em vigor, quanto ao percentual de anuentes, quando tratar de apólice coletiva.

### Substituição da apólice

Para a substituição do seguro contratado, o segurado deverá ter regularizada sua situação de adimplência junto ao estipulante, no caso do seguro coletivo, ou ao financiador, no caso de seguro individual, relativamente a prêmios de seguro vencidos.

Havendo substituição da apólice pela de outra seguradora, a nova seguradora deverá recepcionar a totalidade do grupo segurado, não podendo recusar segurados, ainda que portadores de qualquer doença, mantidas as restrições originais do risco, se houver.

### Comunicações

Toda e qualquer comunicação entre o segurado e a seguradora deve ser feita por intermédio do estipulante, no caso do seguro coletivo, ou do financiador, no caso de seguro individual.

**Vigência:** 19.11.2009

**Revogação:** não há ▲

## Seguros singulares

### Circulares 381, de 08.01.2009 e 391, de 16.10.2009

#### Encaminhamento de informações

A Circular 381 estabelece procedimentos para o encaminhamento de informações relativas aos Seguros Singulares.

Previamente à comercialização dos planos de seguros singulares, as sociedades seguradoras encaminharão expediente à SUSEP, solicitando abertura de processo administrativo específico, por ramo, conforme modelo apresentado no Anexo I desta Circular, disponível para consulta e cópia no *site* da SUSEP, observando-se as seguintes disposições:

- a classificação do seguro singular deverá obedecer ao disposto na regulamentação específica;
- o número do processo administrativo obtido deverá ser utilizado, a qualquer tempo, em todas as apólices de seguro singular emitidas no ramo a que se referem, independentemente do segurado ou das particularidades que as referidas apólices venham apresentar; e
- aplica-se, aos Seguros Singulares, a Nota Técnica Atuarial de Carteira submetida pela sociedade seguradora relativa ao ramo a que se refere o seguro, nos termos da regulamentação específica.

As sociedades seguradoras encaminharão à SUSEP, até o dia 10 de cada mês, a listagem das apólices, por ramo, cuja vigência tenha ocorrido no mês anterior, conforme modelo apresentado no Anexo II, também disponível para consulta e cópia no *site* da SUSEP.

- ▶ Aplica-se tanto às novas emissões de seguros singulares, quanto ao caso de renovações ou de contratações não consecutivas.

As sociedades seguradoras deverão encaminhar, também até o dia 10 de cada mês, exclusivamente por meio eletrônico, observadas as disposições contidas em regulamentação específica, cópia das condições contratuais das apólices que compõem esta listagem.

- ▶ Na hipótese de renovação de apólices sem quaisquer alterações nas condições contratuais, a sociedade seguradora fica dispensada do envio eletrônico mencionado acima.

A SUSEP poderá solicitar, a qualquer tempo, apresentação de justificativas que respaldem a emissão do seguro singular, ou o envio de cópia do frontispício de apólices para verificar sua regularidade em relação às normas em vigor.

Não sendo verificado o perfeito enquadramento de determinada apólice como seguro singular, a SUSEP poderá determinar a emissão de endosso, sem qualquer custo adicional para o segurado.

Qualquer emissão de seguros singulares em desacordo com a presente Circular ou com as normas em vigor, independentemente das providências que a SUSEP determinar, será considerada como violação administrativa, culminando na aplicação das penalidades cabíveis.

- ▶ A partir de 31 de março de 2009, as sociedades seguradoras não poderão comercializar novos contratos em desacordo com as características descritas nesta Circular.

A Circular 391 traz algumas alterações na redação da norma supracitada.

Alterada Circular 381/09	Atual Circular 391/09
<p>Previamente à comercialização dos planos de seguro singulares, as sociedades seguradoras encaminharão expediente à SUSEP solicitando abertura de processo administrativo específico, por ramo.</p> <p>As sociedades seguradoras não poderão comercializar novos contratos em desacordo com as características descritas nesta Circular, a partir de 31.03.2009.</p>	<p>Previamente à comercialização dos planos de seguro singulares, as sociedades seguradoras encaminharão expediente à SUSEP solicitando abertura de processo administrativo específico, por ramo.</p> <p>▶ <b>É vedada a estruturação de seguros obrigatórios ou do seguro rural, em qualquer de suas modalidades, como seguros singulares.</b></p> <p>A emissão de apólices de seguros singulares com base nesta circular somente poderá ser realizada após a entrada em vigor da regulamentação específica.</p> <p><b>As sociedades seguradoras não poderão comercializar novos contratos de seguro em desacordo com as características descritas nesta circular, 30 dias após a entrada em vigor da regulamentação prevista. Enquanto não vigorar a regulamentação mencionada, as sociedades seguradoras deverão submeter seus seguros singulares por meio da abertura de processo administrativo, realizada em data anterior a do início de vigência do contrato, para cada apólice a ser emitida, observados os requisitos da presente Circular.</b></p>

### Vigências

Circular 381: 13.01.2009

Circular 391: 19.10.2009

### Revogações

Circular 381: Capítulo IV e o Anexo II da Circular 265/04

Circular 391: não há ▲

## Título de capitalização

Circular 396, de 10.12.2009

### Comercialização de títulos de capitalização

A Circular 365/08 (vide *RP Insurance News* mai/08) estabelece normas para elaboração, operação e comercialização de títulos de capitalização.

A Circular 396 traz alterações à Circular supracitada.

Alterada Circular 365/08	Atual Circular 396/09
<p><b>Informações obrigatórias</b></p> <p>As Condições Gerais deverão estabelecer a obrigatoriedade da sociedade de capitalização prestar ao titular as informações necessárias ao acompanhamento dos valores inerentes ao título, bem como emitir e remeter extratos individuais aos titulares, no mínimo uma vez a cada ano, durante a vigência do título, ou disponibilizar as informações através da mídia impressa ou eletrônica ou mediante outro canal de comunicação, devendo conter, no mínimo, o valor do resgate atualizado.</p>	<p><b>Informações obrigatórias</b></p> <p>As Condições Gerais deverão estabelecer a obrigatoriedade da sociedade de capitalização prestar ao titular <b>da provisão matemática para resgate</b> as informações necessárias ao acompanhamento dos valores inerentes ao título, bem como emitir e remeter extratos individuais ao mesmo, no mínimo uma vez a cada ano, durante a vigência do título, ou disponibilizar as informações através da mídia impressa ou eletrônica ou mediante outro canal de comunicação, devendo conter, no mínimo, o valor do resgate atualizado.</p>
<p>Na modalidade popular os sorteios realizados no 2º semestre de vigência do título devem distribuir, no mínimo, 10% do total do valor de prêmios previstos para a série.</p>	<p>Na modalidade popular, <b>salvo para as séries que possuam mais do que um milhão de títulos</b>, os sorteios realizados no 2º segundo semestre de vigência do título devem distribuir, no mínimo, 10% do total do valor de prêmios previstos para a série.</p>

**Vigência:** 11.12.2009

**Revogação:** art. 3º da Circular 378/08 ▲

A stack of colorful blocks with letters, including 'A', 'M', and 'E', with the word 'ans' overlaid in pink.

ans

## Administradoras de benefícios

### RN 203, de 01.10.2009 – Ativos garantidores

Dispõe sobre os ativos garantidores das administradoras de benefícios

A Administradora de Benefícios poderá contratar plano, na condição de estipulante de plano coletivo, a ser disponibilizado para as pessoas jurídicas legitimadas para contratar, desde que a Administradora assumo o risco decorrente da inadimplência de pessoa jurídica, com a vinculação de ativos garantidores suficientes para tanto.

As administradoras de benefícios que atuarem na condição de estipulante de plano coletivo, na forma da [RN 196/09](#) (vide *RP Insurance News* jul/09), deverão constituir ativos garantidores conforme disposto nesta Resolução.

- ▶ O montante de ativos garantidores será obtido por um percentual de referência incidente sobre as receitas dos contratos coletivos em que a administradora de benefícios atuar como estipulante, de forma a representar em valores monetários o risco de inadimplência assumido.
- ▶ O percentual de referência será estabelecido por meio de normativo específico a ser editado pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE), podendo ser reavaliado semestralmente.

A aceitação pela ANS, o registro, a vinculação, a custódia, a movimentação e a diversificação dos ativos garantidores das administradoras de benefícios deverão obedecer aos critérios estabelecidos para as operadoras de pequeno porte na RN 159/07 (vide *RP Insurance News* jul/07) e posteriores alterações, não sendo admitida a utilização de bens imóveis.

**Vigência:** 02.10.2009

**Revogação:** não há ▲

## IN DIOPE 33, de 05.10.2009 – Percentual de referência

Regulamenta o artigo 1º da RN 203/09, que trata do percentual de referência incidente sobre as receitas dos contratos coletivos.

As Administradoras de Benefícios deverão vincular ativos garantidores à ANS, no montante de 33% da receita trimestral dos contratos coletivos estipulados.

O montante de ativos garantidores a ser vinculado à ANS deverá ser apurado mensalmente e considerar as receitas, independente de seu efetivo recebimento por parte das operadoras, em obediência ao Princípio Contábil da Competência.

As Administradoras de Benefícios deverão enviar à ANS, trimestralmente, relatório contendo a memória do cálculo mencionado acima, com os seguintes elementos mínimos:

- faturamento mensal dos contratos estipulados contendo o valor total, subtotais por operadora e por tipo de contrato, nessa estrutura hierárquica;
- montante mensal de inadimplência total e por operadora;
- manifestação formal de auditoria independente acerca da fidedignidade das informações apuradas; e
- manifestação individualizada de cada operadora acerca da fidedignidade das informações referentes às receitas dos seus contratos.

O prazo para envio do relatório é o mesmo estabelecido pela regulamentação em vigor para as informações contábeis do Documento de Informações Periódicas (DIOPS).

Em substituição ao percentual definido nesta norma, as Administradoras de Benefícios poderão utilizar percentual obtido através de metodologia própria, desde que esta seja previamente aprovada pela DIOPE.

A Nota Técnica contendo esta metodologia deverá possuir as informações abaixo, independente de outras informações que a DIOPE entenda necessárias:

- faturamento mensal dos contratos estipulados contendo o valor total, subtotais por operadora e por tipo de contrato, nessa estrutura hierárquica; e
- manifestação formal de auditoria independente acerca da fidedignidade das informações apuradas.

**Vigência:** 06.10.2009

**Revogação:** não há ▲

## IN DIOPE 34, de 05.10.2009 – Autorização de funcionamento

Dispõe sobre os requisitos e procedimentos para a concessão da autorização de funcionamento das Administradoras de Benefícios, bem como sobre a adequação da classificação das operadoras enquadradas como Administradoras de Planos.

Para fins de obtenção de autorização de funcionamento, as pessoas jurídicas que pretenderem atuar no mercado de saúde suplementar, na modalidade organizacional de Administradora de Benefícios, deverão atender ao disposto na RN 85/04 e suas posteriores alterações, bem como às disposições contidas no Anexo I daquele normativo.

O objeto social das Administradoras de Benefícios não poderá conter atividades não previstas na RN 196/09 (vide *RP Insurance News* jul/09), que dispõe sobre as Administradoras de Benefícios.

As Administradoras de Planos que já possuem registro provisório de funcionamento deverão apresentar seus contratos/estatutos sociais contemplando a adequação de seu objeto social, no prazo de 60 dias a contar da publicação desta IN.

**Vigência:** 06.10.2009

**Revogação:** não há ▲

A RN 85/04 dispõe sobre a concessão de Autorização de funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.

## Autorização de Funcionamento

### RN 189, de 02.04.2009

#### Concessão de autorização de funcionamento

A RN 85/04 dispõe sobre a concessão de autorização de funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.

A Resolução 189 traz algumas alterações na norma supracitada. A seguir, destacamos as principais.

Alterada - Resolução 85/04	Atual - Resolução 189/09
<b>Concessão e autorização de funcionamento</b>	
<p>As pessoas jurídicas de direito privado que pretenderem atuar no mercado de saúde suplementar, para obterem a Autorização de Funcionamento, deverão atender aos seguintes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– registro de operadora;</li> <li>– registro de produto; e</li> <li>– <b>plano de negócios.</b></li> </ul> <p>Concluído o registro de produto e <b>não sendo rejeitado o Plano de Negócios apresentado</b>, será publicada a autorização para funcionamento e noticiada à interessada através de ofício da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE).</p>	<p>As pessoas jurídicas de direito privado que pretenderem atuar no mercado de saúde suplementar, para obterem a Autorização de Funcionamento, deverão atender aos seguintes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– registro de operadora; e</li> <li>– registro de produto.</li> </ul> <p>A autorização para funcionamento será publicada e noticiada à interessada através de ofício da Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras (DIOPE), após a conclusão do registro do produto.</p>

Alterada - Resolução 85/04 (cont.)	Atual - Resolução 189/09 (cont.)
<b>Registro da operadora</b>	
<p>Para o procedimento de registro, as pessoas jurídicas de direito privado que pretenderem atuar no mercado de saúde suplementar deverão atender, no que couber, as disposições contidas no Anexo I desta Resolução.</p>	<p>Para o procedimento de registro, as pessoas jurídicas de direito privado que pretenderem atuar no mercado de saúde suplementar deverão atender, no que couber, as disposições contidas no Anexo I desta Resolução.</p> <p><b>A concessão do registro de operadora às pessoas jurídicas pretendentes estará condicionada, dentre o atendimento das demais disposições constantes no Anexo I, à apresentação e aprovação do Plano de Negócios, que será analisado com base nos seguintes critérios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– atendimento aos requisitos de forma e conteúdo solicitados;</li> <li>– racionalidade econômico-financeira e operacional do negócio;</li> <li>– conhecimento do mercado; e</li> <li>– consideração dos aspectos regulatórios.</li> </ul> <p><b>O cumprimento das premissas traçadas no Plano de Negócios será aferido pela ANS e qualquer tempo e se verificado o afastamento dos objetivos e metas pela Operadora, a ANS determinará as medidas que deverão ser adotadas, conforme o caso, podendo ser, entre outras:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– esclarecimentos sobre as metas atingidas e os critérios previstos no artigo 17 desta Resolução, ou a revisão procedida pela operadora e suas justificativas;</li> <li>– apresentação de novo Plano de Negócios;</li> <li>– suspensão da comercialização de todos os produtos, na forma do parágrafo 4º do artigo 9º da Lei 9.656/98; e</li> <li>– instalação de regimes especiais, observando o disposto no artigo 24 da Lei 9.656/98.</li> </ul>
<p><b>A constituição do capital mínimo ou da provisão para operação, conforme disposto em norma própria, deverá ser integralmente realizada pelos subscritores ou interessados, sendo 10%, no mínimo, em moeda corrente.</b></p> <p>O objeto social da pessoa jurídica deve ser exclusivamente o relacionado à assistência à saúde suplementar, em atenção ao disposto no artigo 34 da Lei 9.656/98, salvo para as Autogestões Patrocinadas gerenciadas diretamente por Departamento de Recursos Humanos ou órgão assemelhado.</p>	<p><b>As pessoas jurídicas de direito privado que pretenderem atuar no mercado de saúde suplementar deverão proceder à capitalização necessária, em observância aos limites de patrimônio mínimo ajustado, tal como disposto na RN 160/07 (vide <i>RP Insurance News</i> jul/07).</b></p> <p>O objeto social da pessoa jurídica deve ser exclusivamente o relacionado à assistência à saúde suplementar, em atenção ao disposto no artigo 34 da Lei 9.656/98, salvo para as Autogestões Patrocinadas gerenciadas diretamente por Departamento de Recursos Humanos ou órgão assemelhado.</p> <p><b>Esta obrigatoriedade não alcança as operadoras que possuem rede própria de atendimento para satisfação das finalidades previstas no artigo 35-F da Lei 9.656/98, bem como as entidades de autogestão definidas no inciso I do artigo 2º da RN 137/06 (vide <i>RP Insurance News</i> nov/06), alterada pela RN 148/07 (vide <i>RP Insurance News</i> mar/07), e aquelas que, na data da publicação da Lei Complementar 109/01, já prestavam serviços de assistência à saúde.</b></p>

Alterada - Resolução 85/04 (cont.)	Atual - Resolução 189/09 (cont.)
<b>Registro da operadora (cont.)</b>	
<p>Cumpridas todas as exigências legais do registro, a pessoa jurídica receberá um número de inscrição que a habilitará ao procedimento de registro de produto <b>e à apresentação do plano de negócios.</b></p> <p>Os documentos relativos ao pedido de registro de produto <b>e os relativos ao plano de negócios deverão ser respectivamente</b> encaminhados à Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos (DIPRO) <b>e à Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE), simultaneamente.</b></p> <p>O procedimento de registro da operadora por si só não autorizará a mesma a iniciar suas atividades de comercialização ou disponibilização de seus produtos.</p>	<p>Cumpridas todas as exigências legais e <b>infralegais</b> do registro, a pessoa jurídica receberá um número de inscrição que a habilitará ao procedimento de registro de produto.</p> <p>Os documentos relativos ao pedido de registro de produto deverão ser encaminhados à Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos (DIPRO) <b>no prazo máximo de 60 dias, contados da data de concessão do registro de operadora, sob a pena de cancelamento.</b></p> <p>O procedimento de registro da operadora por si só não autoriza a mesma a iniciar suas atividades de comercialização ou disponibilização de seus produtos, <b>estando sujeita às penalidades cabíveis tal como previsto no artigo 18 da RN 124/06</b> (vide <i>RP Insurance News</i> mar/06), e suas posteriores alterações.</p>
<b>Cancelamento</b>	
<p>A ANS cancelará o registro da Operadora nos seguintes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– incorporação, fusão ou cisão total;</li> <li>– inexistência de registro de produto ativo ou ativo com comercialização suspensa pelo prazo superior a 180 dias, observado o disposto no art. 12, incisos I e II desta Resolução ou beneficiários vinculados a planos anteriores a 02.01.1999, nas operadoras que não possuam planos posteriores à esta data.</li> </ul>	<p>A ANS cancelará o registro da Operadora nos seguintes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– incorporação, fusão ou cisão total;</li> <li>– inexistência de registro de produto ativo ou ativo com comercialização suspensa pelo prazo superior a 180 dias, observado o disposto no artigo 12, incisos I e II desta Resolução ou beneficiários vinculados a planos anteriores a 02.01.1999, nas operadoras que não possuam planos posteriores à esta data;</li> <li>– <b>não saneamento das pendências que venham a ser detectadas posteriormente à concessão do registro de operadora, quando não ultimada e concedida a autorização de funcionamento.</b></li> </ul>
<p>A ANS cancelará a autorização de funcionamento da Operadora nos seguintes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– de cancelamento do registro de Operadora;</li> <li>– de ocorrência das hipóteses previstas no artigo 9º da RDC 24/00;</li> <li>– <b>de não-renovação da autorização de funcionamento, conforme previsto no art. 28, § 1º, da presente Resolução; ou</b></li> <li>– nas hipóteses previstas no artigo 1.125 do Novo Código Civil.</li> </ul>	<p>A ANS cancelará a autorização de funcionamento da Operadora nos seguintes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– de cancelamento do registro de Operadora;</li> <li>– de ocorrência das hipóteses previstas no art. 9º da RDC 24/00;</li> <li>– <b>de não regularização das informações cadastrais, depois de esgotadas duas oportunidades para o saneamento das pendências e por Deliberação da Diretoria Colegiada da ANS;</b></li> <li>– nas hipóteses previstas no artigo 1.125 do Novo Código Civil.</li> </ul>
<p><b>Não procedida a regularização prevista no item anterior e findas as providências mencionadas com relação a não-renovação, será cancelado o registro da Operadora, permanecendo ainda as obrigações financeiras oriundas de multas, ressarcimento ao SUS e Taxa de Saúde Suplementar (TSS).</b></p>	<p><b>As obrigações financeiras oriundas de multas, ressarcimento ao SUS e Taxa de Saúde Suplementar, anteriores à data do efetivo cancelamento, permanecerão, ainda que ultimadas as providências necessárias ao cancelamento da autorização de funcionamento.</b></p> <p><b>Nos casos dos processos de cancelamento, por solicitação das operadoras, já instaurados anteriormente à edição do presente normativo e não finalizados pela falta de envio de todos os documentos, será procedida publicação de edital de convocação de eventuais beneficiários e credores, concedendo prazo de 30 dias para manifestações pertinentes, findo os quais, sem qualquer manifestação, serão adotados as providências cabíveis ao cancelamento do registro.</b></p>

## Alterada - Resolução 85/04 (cont.)

## Atual - Resolução 189/09 (cont.)

## Disposições gerais

A autorização de funcionamento será expedida pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE) e **terá validade de quatro anos, a contar da data da publicação no Diário Oficial da União do ato de deferimento de sua concessão, permitida sua renovação, sempre por igual período.**

- ▶ Não fará jus à renovação da autorização de funcionamento, a operadora que não estiver em dia com as informações cadastrais e com outros aspectos relevantes da legislação complementar a esta Resolução, estando sujeita à transferência compulsória da carteira e, conseqüentemente, ao cancelamento da Autorização de Funcionamento.
- ▶ A operadora deverá solicitar a renovação da Autorização de Funcionamento com antecedência mínima de 60 dias do vencimento da mesma.

A autorização de funcionamento será expedida pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE) e publicada no Diário Oficial da União.

- ▶ Concedida a autorização de funcionamento, as operadoras deverão manter situação de regularidade quanto às informações cadastrais, dados e exigências econômico financeiras e outros aspectos relevantes da legislação complementar a esta Resolução, cabendo às áreas técnicas competentes o monitoramento, acompanhamento e verificação da situação de regularidade, no âmbito das respectivas competências.
- ▶ Para a manutenção de regularidade, as operadoras deverão notificar quaisquer alterações das informações prestadas quando da autorização de funcionamento, tal como estabelecido nos Anexos I e IV, inclusive com envio, quando se fizer necessário, de novos documentos devidamente autenticados, no prazo de 30 dias, a contar da ocorrência da alteração.
- ▶ Caso a operadora não mantenha regularidade quanto às informações cadastrais, aos dados e exigências econômico-financeiras e quanto a outros aspectos relevantes da legislação complementar a esta Resolução, serão adotadas as providências cabíveis, conforme o caso, nos termos dos normativos e legislação específica.



Alterada - Resolução 85/04 (cont.)	Atual - Resolução 189/09 (cont.)
<b>Plano de negócios</b>	
<p>O Plano de Negócios requerido às Operadoras deverá ser enviado para a ANS na forma de documento impresso e também em arquivo digital composto das seguintes partes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Sumário Executivo;</b></li> <li>– <b>Resumo da Operadora, conforme for o caso;</b></li> <li>– <b>Carteiras de Planos e/ou Serviços;</b></li> <li>– Análise do Mercado;</li> <li>– <b>Organização e Gerência do Negócio; e</b></li> <li>– Planejamento Financeiro.</li> </ul> <p>A Análise do Mercado deverá abordar os seguintes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>elaboração de projeções sobre o mercado: mercado total em número de beneficiários e em faturamento;</b></li> <li>– <b>critérios de segmentação desse mercado;</b></li> <li>– <b>participação percentual de mercado dos concorrentes;</b></li> <li>– <b>forma de venda dos produtos;</b></li> <li>– <b>análise de sensibilidade do mercado, identificando e analisando os competidores;</b></li> <li>– <b>análise da concorrência em relação aos seus pontos fortes e fracos no que tange a produto, preço, canais de distribuição, reputação, posição financeira e segmento de mercado em que opera; e</b></li> <li>– <b>avaliação do comportamento do beneficiário em relação à imagem da Operadora, através de pesquisa de mercado.</b></li> </ul>	<p>O Plano de Negócios deverá ser enviado à ANS na forma de documento impresso e em arquivo digital devidamente estruturado, composto das seguintes partes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Análise de Mercado; e</li> <li>– Planejamento Econômico-Financeiro.</li> </ul> <p>A Análise do Mercado deverá abordar os seguintes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>características do mercado de atuação escolhido e expansão geográfica planejada;</b></li> <li>– <b>público-alvo escolhido;</b></li> <li>– <b>evolução projetada para o número de beneficiários; e</b></li> <li>– <b>canais de distribuição dos produtos.</b></li> </ul>
<p>O Planejamento Financeiro deverá abordar os seguintes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>premissas e cenários constituídos;</b></li> <li>– <b>probabilidade de efetivação dos cenários;</b></li> <li>– <b>plano projetado e desempenho de outras Operadoras da área ou da Operadora em períodos anteriores;</b></li> <li>– <b>ponto de equilíbrio econômico-financeiro da Operadora;</b></li> <li>– <b>custos irrecuperáveis;</b></li> <li>– <b>projeção de lucros e perdas;</b></li> <li>– análise do fluxo de caixa projetado;</li> <li>– <b>valor das receitas esperadas;</b></li> <li>– balanço projetado para a Operadora; e</li> <li>– <b>análise dos indicadores financeiros: liquidez, estrutura de capital, custos e rentabilidade.</b></li> </ul>	<p>O Planejamento Econômico-Financeiro deverá <b>considerar o lapso temporal de 24 meses, contemplar as garantias financeiras determinadas pelas RN 159/07 e 160/07, observar o Plano de Contas Padrão da ANS, estabelecido na RN 147/07, e abordar os seguintes aspectos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>projeção do Balanço Patrimonial;</b></li> <li>– <b>projeção da Demonstração dos Resultados do Exercício; e</b></li> <li>– <b>Fluxo de Caixa projetado.</b></li> </ul>

**Vigência:** 06.04.2009

**Revogações:** art. 2º, inciso III, parágrafo único do art. 6º; art. 15; art. 16; art. 17; § 2º do art. 25; itens 1.10, 1.13, 1.25, 1.26, todos do Anexo I; Anexo III; itens 1.14 e 1.16, do Anexo IV; todos da RN 85/04 ▲

## Benefícios

### RN 196, de 14.07.2009 – Administradora de Benefícios

Esta Resolução dispõe sobre a Administradora de Benefícios.

Considera-se Administradora de Benefícios a pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, desenvolvendo ao menos uma das seguintes atividades:

- promover a reunião de pessoas jurídicas contratantes na forma da RN 195, comentada nesta edição;
- contratar plano coletivo, na condição de estipulante, a ser disponibilizado para as pessoas jurídicas legitimadas para contratar;
- oferecimento de planos para associados das pessoas jurídicas contratantes;
- apoio técnicos na discussão de aspectos operacionais, tais como:
  - negociação de reajuste
  - aplicação de mecanismos de regulação pela operadora de plano de saúde; e
  - alteração de rede assistencial.

Além das atividades constantes acima, a Administradora de Benefícios poderá desenvolver outras atividades, tais como:

- apoio à área de recursos humanos na gestão de benefícios do plano;
- terceirização de serviços administrativos;
- movimentação cadastral;
- conferência de faturas;
- cobrança ao beneficiário por delegação; e
- consultoria para prospectar o mercado, sugerir desenho de plano, modelo de gestão.

A Administradora de Benefícios não poderá atuar como representante, mandatária ou prestadora de serviços da Operadora de Plano de Assistência à Saúde nem executar quaisquer atividades típicas da operação de planos privados de assistência à saúde.

A Administradora de Benefícios poderá figurar no contrato coletivo celebrado entre a Operadora e a pessoa jurídica contratante na condição de participante ou de representante mediante formalização de instrumento específico. Caberá à Operadora exigir a comprovação da legitimidade da pessoa jurídica contratante e da condição de elegibilidade do beneficiário.

A Administradora de Benefícios poderá contratar plano, na condição de estipulante de plano coletivo, a ser disponibilizado para as pessoas jurídicas legitimadas para contratar, desde que a Administradora assuma o risco decorrente da inadimplência de pessoa jurídica, com a vinculação de ativos garantidores suficientes para tanto.

- ▶ A ANS regulamentará a vinculação dos ativos garantidores através de resolução específica.
- ▶ Caberá tanto à Administração de Benefícios quanto à Operadora exigir a comprovação da legitimidade da pessoa jurídica contratante e da condição de elegibilidade do beneficiário.

Não se enquadram como Administradoras de Benefícios os Corretores e Corretoras regulamentados pela Lei 4.594/64.

É vedado à Administradora de Benefícios:

- impedir e restringir a participação de consumidor no plano, mediante seleção de risco; e
- impor barreiras assistenciais, obstaculizando o acesso do beneficiário às coberturas previstas em lei ou em contrato.

A Administradora de Benefícios não poderá ter rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos, para oferecer aos beneficiários da pessoa jurídica contratante.

É vedada a participação de Administradora de Benefícios e Operadora pertencentes ao mesmo grupo econômico em uma mesma relação contratual.

As pessoas jurídicas que exerçam as atividades descritas neste normativo terão o prazo de 60 dias para solicitar autorização de funcionamento à ANS, observado o disposto na Resolução.

As empresas com registro provisório ou autorização de funcionamento classificadas na modalidade de administradoras de planos terão prazo de 60 dias para solicitar à ANS a adequação e sua classificação, observando os dispositivos desta resolução.

Administradora de Planos que não pretender adequar a sua classificação poderá solicitar cancelamento do registro ou da autorização de funcionamento.

- ▶ As empresas mencionadas acima que não promoverem tal adequação no prazo estipulado terão seus registros provisórios ou autorização de funcionamento cancelados.

Esta Resolução também traz uma alteração na RN 153 (vide *RP Insurance News* mai/07), que dispõe sobre padrão TISS:

Alterada Resolução 153/07	Atual Resolução 196/09
Ficam dispensadas da adoção do padrão TISS as operadoras classificadas como <b>administradoras de plano</b> .	Ficam dispensadas da adoção do padrão TISS as operadoras classificadas como <b>administradoras de benefício</b> .

As regras de natureza econômico-financeira atualmente dirigidas à Administradora ou Administração de Planos serão mantidas para as Administradoras de Benefícios, exceto quando a contratação ocorrer na forma da RN 195/09.

**Vigência:** 14.08.2009

**Revogações:** Artigos 9º e 11 da RDC 39/00 ▲

## Contabilização

### IN DIOPE 26, de 30.03.2009

#### Contabilização dos orçamentos ou planos de tratamento

Define regras para contabilização dos orçamentos ou planos de tratamento utilizados pelos planos de assistência à saúde, exclusivamente odontológicos, referentes a procedimentos contratados, contemplados nos instrumentos contratuais como serviços adicionais, nos termos do item 14 do anexo II da RN 85/04.

A IN DIOPE 25 (vide *RP Insurance News* fev/09) define regras para contabilização dos orçamentos ou planos de tratamento utilizados pelos planos de assistência à saúde, exclusivamente odontológicos, referentes a eventos não contemplados no Rol de Procedimentos estabelecido pela Resolução 154/07, oferecidos na modalidade de preço pós-estabelecido.

A IN DIOPE 26 revoga o normativo supracitado, trazendo algumas alterações no seu texto.

Revogada IN 25	Atual IN 26
<p>Considerando a necessidade de adequar às regras estabelecidas na Resolução 184/08 (vide <i>RP Insurance News</i> dez/08), os lançamentos contábeis das operadoras de planos de assistência à saúde exclusivamente odontológicos, referentes à cobertura de procedimentos <b>não contemplados no Rol de Procedimentos estabelecido pela Resolução 154/07, oferecidos na modalidade de preço pós-estabelecido</b>, resolve:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>os montantes contratados ou constantes dos orçamentos ou planos de tratamento referentes aos procedimentos ortodônticos devem ser registrados contabilmente a crédito da conta <b>1231117</b> – Faturamento Antecipado, e serem apropriados mensalmente como Receita (conta 311212100/311412100) ao resultado do exercício proporcionalmente ao tempo previsto do tratamento, em obediência ao princípio da competência.</li> <li>os montantes contratados ou constantes dos orçamentos ou planos de tratamento referentes aos procedimentos não contemplados <b>no Rol de Procedimentos estabelecido pela Resolução 154/07, e não previstos nesta IN</b>, oferecidos na modalidade de preço pós-estabelecido, deverão ser contabilizados pela operadora a crédito da conta 1231117 – Faturamento Antecipado, a serem apropriados como Receita (Conta 311212100/311412100) ao resultado do exercício no 32º dia de vigência do orçamento ou plano de tratamento.</li> </ul>	<p>Considerando a necessidade de adequar às regras estabelecidas na Resolução 184/08 (vide <i>RP Insurance News</i> dez/08), os lançamentos contábeis das operadoras de planos de assistência à saúde exclusivamente odontológicos, referentes à cobertura de procedimentos <b>contratados, contemplados nos instrumentos contratuais como serviços adicionais, nos termos do item 14 do anexo II da RN 85/04</b>, resolve:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>os montantes contratados ou constantes dos orçamentos ou planos de tratamento referentes aos procedimentos ortodônticos devem ser registrados contabilmente a crédito da conta <b>1231217</b> – Faturamento Antecipado, e serem apropriados mensalmente como Receita (conta 311212100/311412100) ao resultado do exercício proporcionalmente ao tempo previsto do tratamento, em obediência ao princípio da competência.</li> <li>os montantes contratados ou constantes dos orçamentos ou planos de tratamento referentes aos procedimentos não contemplados <b>nos instrumentos contratuais como serviços adicionais, nos termos do item 14 do anexo II da RN 85/04, e não previstos no art. 1º da presente IN</b>, oferecidos na modalidade de preço pós-estabelecido, deverão ser contabilizados pela operadora a crédito da conta 1231117 – Faturamento Antecipado, a serem apropriados como Receita (Conta 311212100/311412100) ao resultado do exercício no 32º dia de vigência do orçamento ou plano de tratamento.</li> </ul>

Vigência: 31.03.2009

Revogação: IN DIOPE 25/09 ▲

## RN 206, de 02.12.2009, e RN 208, de 22.12.2009 Contraprestações e prêmios

A RN 206 dispõe sobre a alteração na contabilização das contraprestações e prêmios das operações de planos de assistência à saúde na modalidade de preço pré-estabelecido e altera as Resoluções Normativas 159/07 e 160/07 (vide *RP Insurance News* jul/07), que tratam de ativos garantidores e recursos próprios mínimos das operadoras, respectivamente. A RN 208 traz uma inclusão no texto da RN 206.

- ▶ As contraprestações e prêmios provenientes das operações de planos privados de assistência à saúde na modalidade de preço pré-estabelecido devem ser obrigatoriamente apropriadas pelo valor correspondente ao rateio diário – *pro rate die* – do período de cobertura individual de cada contrato, a partir do primeiro dia de cobertura.
- ▶ A parcela das contraprestações e prêmios correspondente aos dias do período de cobertura referentes ao mês subsequente deve ser contabilizada como Faturamento Antecipado.
- ▶ Os saldos registrados, no passivo circulante, referentes à Provisão de Risco ou à Provisão de Prêmios Não Ganhos (PPNG), previstos na regulamentação vigente, deverão ser, em janeiro de 2010, revertidos, em sua totalidade, a crédito da conta de resultado variação das provisões técnicas.
- ▶ As operadoras de planos de assistência à saúde ficam automaticamente autorizadas a proceder à averbação do cancelamento da vinculação dos imóveis garantidores da Provisão de Risco junto ao cartório competente.
- ▶ Os títulos e valores mobiliários vinculados como ativos garantidores da Provisão de Risco passarão automaticamente a lastrear até 72/72 da Provisão de Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA), e o eventual montante remanescente o saldo da rubrica Eventos a Liquidar com Operações de Assistência à Saúde, prevista no Plano de Contas Padrão da ANS.
- ▶ Para efeitos do disposto no item acima, a eventual insuficiência de ativos garantidores da Provisão de Risco em 31 de dezembro de 2009 será considerada insuficiência de ativos garantidores da PEONA e de Eventos a Liquidar com Operações de Assistência à Saúde, a partir da entrada em vigor desta RN.

Fica facultado às operadoras de planos de assistência à saúde constituir a integralidade ou qualquer percentual adicional da PEONA em relação ao escalonamento mínimo previsto na RN 160/07 (1/72), sem obrigatoriedade de imediata vinculação de ativos garantidores para cobrir a parcela adicional contabilizada, que poderá continuar a ocorrer na forma prevista naqueles artigos, e sem prejuízo do disposto no item anterior.

- ▶ O item acima não se aplica àquelas operadoras de planos de assistência à saúde que iniciaram suas operações a partir de 19 de julho de 2001 e às SES.
- ▶ Os efeitos decorrentes desta antecipação não serão considerados na apuração da suficiência de Patrimônio Mínimo Ajustado (PMA) e Margem de Solvência, tratados na RN 160/07.
- ▶ Os valores de PEONA contabilizados, mês a mês, acima do mínimo exigido pela regulamentação vigente não poderão ser revertidos, exceto no caso em que este total seja superior à 72/72 do valor calculado para PEONA.
- ▶ Exceto quanto ao disposto neste item, a totalidade do valor constituído das provisões técnicas deverá, obrigatoriamente, ser lastreada por ativos garantidores nos termos da legislação vigente.

A definição de ativos garantidores da RN 159/07 passa a vigorar com a seguinte redação:

Alterada RN 159/07	Em vigor RN 206/09
Ativos garantidores: <b>bens imóveis</b> , ações, títulos ou valores mobiliários de titularidade da operadora ou do mantenedor da entidade de autogestão, que lastreiam as provisões técnicas e o excedente da dependência operacional.	Ativos garantidores: ações, títulos ou valores mobiliários de titularidade da operadora ou do mantenedor da entidade de autogestão, que lastreiam as provisões técnicas e o excedente da dependência operacional.

A regulamentação do prazo para a constituição de ativos garantidores para o saldo da rubrica Eventos a Liquidar com Operações de Assistência à Saúde será discutida em Câmara Técnica, a ser convocada pela ANS.

#### Vigências

RN 206: 01.01.2010

RN 208: 23.12.2009

#### Revogações

RN 206: inciso I do artigo 12 e os artigos 14 ao 18, da RN 160/07 e os incisos VIII e IX do artigo 2º; o art. 6º; o inciso I do art. 7º; os artigos 8º ao 14º; os artigos 22 e 23 e o Anexo I, da RN 159/07

RN 208: não há ▲

## Controles internos

### IN DIOPE 31, de 08.09.2009 – Visita Técnica

Esta Instrução Normativa regulamenta o procedimento de Visita Técnica às Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.

Define-se como Visita Técnica a ação orientada para promover trabalho em campo, em estabelecimento da operadora, com a finalidade de revisar os processos de controles internos e de governança, verificar a confiabilidade das informações enviadas periodicamente à ANS por meio do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS), das demonstrações contábeis ou, ainda, quando identificado qualquer indício de inconsistência econômico-financeira, a critério do Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras.

A Visita Técnica será precedida de intimação à operadora, formulada mediante ofício.

A intimação deverá conter:

- identificação da operadora;
  - data, hora e local em que será realizada a Visita Técnica;
  - solicitação da presença do representante legal da operadora ou pessoa por ele designada como responsável pela apresentação dos documentos e demais informações requisitadas durante a Visita Técnica;
  - discriminação dos documentos e informações que deverão ser apresentados; e
  - identificação dos servidores públicos que farão a Visita Técnica.
- ▶ Os resultados apurados na Visita Técnica serão registrados em Nota que avaliará a situação econômico-financeira da operadora e o atendimento a dispositivos regulatórios a ela aplicáveis.
- ▶ A operadora será comunicada das conclusões da Nota por meio de ofício.
- ▶ Identificadas inconsistências ou irregularidades nas informações econômico-financeiras, ou o não atendimento a dispositivos regulatórios, a operadora terá o prazo máximo de 30 dias para a adoção das medidas saneadoras cabíveis, a contar do recebimento do ofício.
- ▶ Ao término do prazo mencionado acima, serão analisadas, por meio de Nota, as eventuais medidas saneadoras levadas a termo pela operadora, cabendo recomendação de uma das seguintes medidas administrativas:
- manutenção da operadora em acompanhamento econômico-financeiro regular;
  - solicitação de Plano de Recuperação à operadora; ou
  - aplicação de medida prevista no art. 24 da Lei 9.656/98.

Na hipótese de a documentação não ser entregue, no todo ou em parte, no primeiro dia da Visita Técnica, ou surgindo a necessidade de requisição de novos documentos, será lavrada Instrução de Visita Técnica (IVT), que deverá ser assinada pela equipe da ANS e pelo representante da operadora.

Sempre que detectadas, nas operadoras sujeitas à disciplina desta Lei, insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves, que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, a ANS poderá determinar a alienação da carteira, o regime de direção fiscal ou técnica, por prazo não superior a 365 dias, ou a liquidação extrajudicial, conforme a gravidade do caso.

**Vigência:** não menciona

**Revogação:** não há ▲

## CPC – Comitê de Pronunciamentos Contábeis

### IN DIOPE 37, de 22.12.2009

#### Adoção dos Pronunciamentos Técnicos

Esta Instrução incorpora à legislação de saúde suplementar as diretrizes dos Pronunciamentos Técnicos emitidos pelo CPC e aprovados pelo Conselho Federal de Contabilidade (CFC), e determina sua observância pelas operadoras de planos de assistência à saúde.

Os Pronunciamentos Técnicos aprovados pelo CFC no ano de 2008 devem ser observados nas demonstrações contábeis relativas ao exercício social de 2009, e são os a seguir descritos.

- CPC 01 – Redução ao Valor Recuperável de Ativos
- CPC 02 – Efeitos das Mudanças nas Taxas de Câmbio e Conversão de Demonstrações Contábeis
- CPC 03 – Demonstração dos Fluxos de Caixa
- CPC 04 – Ativo Intangível
- CPC 05 – Divulgação sobre Partes Relacionadas
- CPC 06 – Operações de Arrendamento Mercantil
- CPC 07 – Subvenção e Assistência Governamentais
- CPC 08 – Custos de Transação e Prêmios na Emissão de Títulos e Valores Mobiliários
- CPC 09 – Demonstração do Valor Adicionado

Para as demonstrações contábeis relativas ao exercício social de 2010, serão observados, além dos pronunciamentos mencionados acima, os Pronunciamentos Técnicos aprovados pelo CFC no ano de 2009, exceto o CPC 11 – Contratos de Seguro, que será objeto de regulamentação específica da ANS.

**Vigência:** 23.12.2009

**Revogação:** não há ▲

## Fundo garantidor

### RN 191, de 08.05.2009

#### Fundo Garantidor do Segmento de Saúde (FGS)

A presente Resolução Normativa institui o Fundo Garantidor do Segmento de Saúde Suplementar (FGC), pelas Operadoras de Planos de Saúde.

- ▶ As Sociedades Seguradoras Especializadas em Saúde, por serem objeto de regulamentação específica, não estão subordinadas ao disposto nesta Resolução.

As Operadoras de Planos de Saúde poderão se agrupar para a gestão dos recursos financeiros formadores dos ativos garantidores previstos na RN 159/07 (vide *RP Insurance News* jul/07), e posteriores alterações, por intermédio de um FGS que será administrado por um Comitê Gestor devidamente autorizado pela ANS, não se configurando como operadora de planos de assistência à saúde.

As Operadoras de Planos de Saúde somente poderão se agrupar levando em consideração a classificação contida no artigo 10, da Resolução de Diretoria Colegiada – RDC 39/00.

O FGS deverá seguir as regras de vinculação, convênio e movimentação estabelecidos na RN 159/07 e na IN DIOPE 13/07 (vide *RP Insurance News* dez/07).

O FGS deverá observar os mesmos limites de aplicação estabelecidos no Capítulo VI da RN 159/07 para as Operadoras de Grande Porte.

A solicitação de ingresso de nova Operadora no FGS constituído deverá atender, conforme o caso, o disposto nos artigos 20 e 21 da RN 160/07.

O FGS, em nome das Operadoras reunidas, contratará uma instituição financeira para administrar os ativos garantidores, que deverá obedecer às disposições contidas na RN 159/07.

Cada Operadora deverá manter, junto ao FGS, recursos financeiros suficientes para garantia da evolução de suas provisões técnicas. Caso as Operadoras não consigam confiar mensalmente para o FGS ativos garantidores necessários para cobrir a evolução de suas provisões técnicas, as demais Operadoras participantes do fundo deverão fazê-lo, ficando como garantia a carteira de beneficiários da operadora inadimplente.

- ▶ Para a garantia da qualidade e continuidade da prestação dos serviços de assistência à saúde, a Operadora que não cumprir o disposto terá, no prazo constante do estatuto do FGS, que não poderá ser superior a 12 meses, sua carteira de beneficiários transferida para uma ou mais operadoras participantes do fundo, sendo os ativos financeiros garantidores da operadora inadimplente utilizados para o pagamento de suas obrigações, destinando-se à garantir a qualidade e continuidade da prestação dos serviços de assistência à saúde dos beneficiários.

As Operadoras deverão classificar-se nas seguintes modalidades:

- administradora;
- cooperativa médica;
- cooperativa odontológica;
- autogestão;
- medicina de grupo;
- odontologia de grupo; ou
- filantropia.

art. 20 – As OPS que iniciaram suas operações antes de 19.07.2001, constituirão a Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA), mensalmente, sendo permitida sua constituição parcial durante o prazo máximo seis anos, contados a partir de janeiro de 2008, na proporção cumulativa mínima de 1/72 (um setenta e dois avos), a cada mês, do valor calculado da referida provisão.

art. 21 – As autogestões anteriormente dispensadas da constituição das garantias financeiras próprias, por transferência do risco a terceiros, que iniciaram suas operações até a publicação da RN 160 constituirão a Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA), mensalmente, sendo permitida sua constituição parcial durante o prazo máximo de seis anos, contados a partir de janeiro de 2008 na proporção cumulativa mínima de 1/72 (um setenta e dois avos), a cada mês, do valor calculado da referida provisão.

As obrigações decorrentes da constituição do FGS têm origem no contrato firmado entre as partes, motivo pelo qual as Operadoras poderão utilizar-se de todos os meios legalmente admitidos para a execução das obrigações assumidas e não cumpridas pelas demais.

- ▶ Todas as demais Operadoras participantes do FGS deverão suportar a liquidação da totalidade das provisões técnicas da Operadora inadimplente de forma solidária.

A constituição do FGS dependerá de prévia aprovação da DIOPE e o respectivo instrumento constitutivo deverá contemplar, no mínimo, as seguintes condições:

- previsão de instituição de Comitê Gestor, com atribuições para administrar o FGS, estando seus integrantes obrigados a atender os termos dispostos na RN 11/02;
  - previsão de regras de adesão, manutenção exclusão de cada operadora integrante do FGS;
  - previsão do compromisso de que a Operadora poderá, a qualquer tempo, solicitar a sua saída do FGS, desde que esteja totalmente adimplente com as suas obrigações junto ao FGS e que atenda na íntegra as regulamentações, da ANS, relacionadas aos aspectos econômico-financeiros;
  - previsão dos critérios para transferência dos imóveis garantidores das Provisões Técnicas;
  - previsão do compromisso de que, caso as operadoras não consigam transferir mensalmente para FGS ativos garantidores necessários para cobrir a evolução de suas provisões técnicas, as demais operadoras participantes do fundo deverão fazê-lo, ficando como garantia a carteira de beneficiários da operadora inadimplente;
  - previsão do compromisso de transferência da carteira de beneficiários, assumido por todas as operadoras integrantes do FGS, no caso de ocorrência de execução das obrigações assumidas e não cumpridas pelas demais;
  - previsão do compromisso de transferência da carteira de beneficiários, assumido por todas as operadoras integrantes do FGS, no caso de ocorrência de execução das obrigações assumidas e não cumpridas pelas demais, bem como previsão dos critérios para concretização da operação, observados os termo disposto na RN 112/05;
  - apresentação e aprovação junto a DIOPE de Nota Técnica de Risco (NTR), que deverá contemplar, no mínimo, os aspectos abaixo relacionados, além de outros que vierem a ser definidos pela DIOPE através de Instrução Normativa a ser editada:
    - situação financeira e fontes de liquidez;
    - rentabilidade operacional;
    - estrutura de capitais próprios e de terceiros e custo dessa estrutura;
    - necessidade de expansão e fontes de financiamento para tal;
    - estrutura tributária vigente e possíveis alterações;
    - grau de endividamento e capacidade de pagamento;
    - manutenção dos níveis mínimos de solvência; e
    - desempenho econômico/rentabilidade.
- ▶ O ingresso, a saída voluntária ou exclusão de qualquer Operadora em um FGS já constituído ocorrerá na forma prevista em seu Estatuto e dependerá da aprovação de nova NTR pela DIOPE.
  - ▶ Não poderão participar do FGS as Operadoras que estejam em Liquidação Extrajudicial ou, ainda, que estejam com determinação de alienação compulsória da carteira de beneficiários.

Vigência: 13.05.2009

Revogação: não há ▲

## IN DIOPE 28, de 02.06.2009

### Aspectos e informações da Nota Técnica de Risco (NTR)

O presente normativo define os aspectos e as informações que devem constar da NTR, para fins de aprovação por parte da DIOPE, conforme estabelecido pela RN 191/09 (vide *RP Insurance News* mai/09), que institui o FGS.

A Nota Técnica de Risco a ser apresentada para análise e possível aprovação por parte da DIOPE, para fins de constituição de Fundo Garantidor do Segmento de Saúde Suplementar (FGS), bem como para fins de ingresso, saída voluntária ou exclusão de uma Operadora em um FGS deverá conter os documentos mínimos a seguir relacionados.

- ▶ Análise individualizada das Operadoras que pretendem constituir ou ingressar em um FGS e/ou análise individualizada das Operadoras que já se encontram em um FGS, para fins de exclusão ou saída voluntária de uma Operadora, que deverá contemplar:
  - histórico da situação econômico-financeira da Operadora nos últimos três anos, abrangendo os aspectos de liquidez corrente e geral, estrutura de capital próprio e de terceiros, suas fontes de financiamento utilizadas e seus respectivos custos e montantes a serem saldados por prazo de vencimento, em especial no que tange às atividades de investimento, além de seu grau de endividamento e capacidade de pagamento e manutenção dos níveis de solvência, e dos indicadores de rentabilidade, tais como a margem de lucro operacional, margem de lucro líquido, margem LAJIR e margem LAJIDA;
  - composição da Carteira de Beneficiários, abrangendo tipo de cobertura assistencial oferecida, quantidade de beneficiários por faixa etária, região geográfica atendida, valor médio cobrado de cada beneficiário nos últimos três anos de atuação e custos médios dos principais eventos, com base nos últimos três anos;
  - estrutura administrativa existente;
  - formas de comercialização dos produtos e os custos médios dessa comercialização com base no praticado nos últimos três anos de atuação;
  - impostos e tributos incidentes sobre as operações e montantes devidos e/ou recolhidos nos últimos três anos de atuação, bem como participação em programas federais, estaduais e/ou municipais de refinanciamento de obrigações;
  - montantes devidos e/ou recolhidos relativos ao ressarcimento ao SUS nos últimos três anos de atuação; e
  - política praticada para administração dos diversos riscos a que se encontra exposta a Operadora.

- ▶ Estudo econômico baseado em modelos de métodos quantitativos (e descrição dos métodos utilizados), que contemple a caracterização dos riscos a que cada Operadora se encontra exposta, abrangendo os riscos relacionados à atividade econômica, os relacionados à ação governamental e os riscos operacionais.
- No tocante aos riscos relacionados à atividade econômica, o estudo deverá abranger, no mínimo:
  - situação da Operadora em face da concorrência;
  - comportamento dos custos dos serviços prestados e perspectiva futura para os próximos três anos;
  - previsão do comportamento da carteira de beneficiários por faixa etária (maiores e menores de 60 anos) para os próximos três anos; e
  - fatores macroeconômicos presentes e perspectivas futuras que possam vir a influenciar a atividade da Operadora.
- No tocante aos riscos relacionados à ação governamental, o estudo deverá abranger, no mínimo:
  - responsabilidade contratual e impacto decorrente de alterações no Rol de Procedimentos por parte da ANS na situação econômica da Operadora; e
  - custos de atendimento as imposições de fornecimento de dados por parte da ANS, bem como custos relacionados a fiscalizações e prestação de informações econômico-financeiras e de outras naturezas.
- No tocante aos riscos operacionais, o estudo deverá abranger, no mínimo:
  - risco atuarial;
  - queda nas vendas;
  - insatisfação de clientes;
  - obrigação de prestação de serviços não contratualmente previstos em função de decisão judicial, baseado nos fatos ocorridos nos últimos três anos; e
  - necessidade de manutenção de padrões mínimos de provisões técnicas e dos correspondentes ativos garantidores.
- ▶ Estudo econômico, baseado em modelos de métodos quantitativos (e descrição dos métodos utilizados), que detalhe o impacto esperado nos riscos a que cada Operadora está sujeita decorrente do ingresso no FGS, e o que é esperado de melhora na situação financeira e econômica da Operadora em decorrência desse ingresso.

A NTR deverá ser elaborada e assinada por Economista e por Atuário devidamente habilitados ao exercício profissional, que atestarão sua independência em relação à Operadora, além de ser assinada e aprovada pelo Representante Legal da Operadora.

Será indeferida de plano, a NTR quando verificada, em relação a qualquer das Operadoras postulantes:

- existência de pendências no envio de informações periódicas obrigatórias por força dos normativos expedidos pela ANS;
- ausência ou insuficiência de Recursos Próprios Mínimos ou de constituição de Provisões Técnicas ou excedentes de Dependência Operacional, na forma do disposto no RN 160/07; ou
- ausência ou insuficiência de Ativos Garantidores das provisões mencionadas no item acima ou ao excedente Dependência Operacional, na forma do disposto na RN 159/07.

A NTR deverá ser atualizada, no mínimo, uma vez a cada 18 meses de sua aprovação.

**Vigência:** 04.06.2009

**Revogação:** não há ▲

## Nota técnica atuarial

IN DIOPE 30, de 25.08.2009

### Encaminhamento de Notas Técnicas Atuariais de Provisões

Esta Instrução define os procedimentos a serem observados quando do encaminhamento de Notas Técnicas Atuariais de Provisões, para fins de análise e aprovação de metodologias pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE).

Somente serão passíveis de análise e aprovação por parte da DIOPE, em função do disposto no artigo 13 e no § 2º do artigo 16 da RN 160/07, que dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos, Dependência Operacional e constituição de Provisões Técnicas (vide *RP Insurance News* jul/07), as Notas Técnicas Atuariais de Provisões (NTAP) das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde que atendam aos seguintes requisitos:

- ter constituído as provisões técnicas exigidas pela RN 160/07;
- possuir recursos próprios mínimos suficientes que atendam aos exigido na RN 160/07, exceto quando eventual insuficiência apurada for decorrente da constituição de provisões técnicas superiores à 100% dos valores calculados pela nova metodologia;
- atender aos requisitos constantes da RN 159/07 (vide *RP Insurance* jul/07), que trata de ativos garantidores das operadoras e do mantenedor de entidade de autogestão;
- estar em dia com a remessa de todas as informações do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Saúde (DIOPS-XML).

As bases de dados utilizadas na elaboração da metodologia de cálculo que forem apresentadas à DIOPE para fins de análise e aprovação, deverão ser auditadas e estar acompanhadas de Relatório Circunstanciado de auditor independente, registrado na CVM, versando sobre a sua fidedignidade e consistência com os demonstrativos contábeis e as informações encaminhadas por meio do DIOPS-XML.

Os procedimentos constantes no relatório circunstanciado devem obedecer às normas de auditoria aplicáveis e considerar, no mínimo, os aspectos constantes no Anexo I deste normativo.

A DIOPE poderá exigir relatório circunstanciado para avaliação dos dados de eventos indenizáveis e de beneficiários remidos, como consta na RN 160/07, bem como para quaisquer outras informações que sejam encaminhadas para teste de consistência, conforme definido no item 1 do Anexo III da RN 160/07.

A Provisão de Risco, Provisão para Remissão e Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA) deverão ser apuradas conforme metodologia definida por atuário legalmente habilitado, em NTAP a ser encaminhada para análise e aprovação da DIOPE. Poderá ser admitida metodologia de cálculo diferenciada para a provisão de risco, desde que consubstanciada em NTAP, a qual deverá ser submetida à análise e aprovação prévia da DIOPE.

- ▶ A apresentação da base de dados em consonância com o estabelecido nesta Instrução não implica na aprovação, em qualquer caráter, da metodologia de cálculo da provisão a que se refere a NTAP encaminhada para análise.
- ▶ Os anexos I e II constituem parte integrante desta Instrução e encontram-se disponíveis para consulta e cópia no *site* da ANS.

Vigência: 26.08.2009

Revogação: não há ▲

## Plano de contas

### IN DIOPE 29, de 19.06.2009 – Informações Contábeis

A presente Instrução altera a IN DIOPE 19/08 (vide *RP Insurance News* set/08), que dispõe sobre as informações contábeis relativas às operações com planos privados de assistência à saúde, das operadoras de planos de assistência à saúde vinculadas à Secretaria de Previdência Complementar do Ministério da Previdência Social (SPC/MPS).

- ▶ A IN DIOPE 29 altera o procedimento “De/Para” nos termos do Anexo desta Instrução. O Anexo está disponível, para consulta e cópia, no *site* da ANS.
- ▶ A adoção da nova versão do procedimento “De/Para” pelas Operadoras é obrigatória para registro dos fatos contábeis ocorridos a partir de 01.01.2009.
- ▶ O DIOPS relativo ao primeiro trimestre de 2009 deverá ser retransmitido a fim de viabilizar a uniformidade das informações contábeis.
- ▶ O prazo para o reenvio do DIOPS será até o último dia do mês de julho de 2009.

**Vigência:** 22.06.2009

**Revogação:** não há ▲

### IN DIOPE 32, de 11.09.2009

#### Provisão de Sinistros a Liquidar e Eventos a Liquidar

A RN 184 (vide *RP Insurance News* dez/08) trata da revisão do Plano de Contas Padrão da ANS. A presente Instrução Normativa tem por objetivo regulamentar esta Resolução no aspecto referente ao fato gerador do registro contábil da Provisão de Sinistros a Liquidar e dos Eventos a Liquidar com Operações de Assistência à Saúde.

O registro contábil dos lançamentos referentes às contas 21127 – Provisão de Sinistros a Liquidar e 212 – Eventos a Liquidar com Operações de Assistência à Saúde deverá ser realizado pelo seu valor integral, cobrado pelo prestador no primeiro momento da identificação da ocorrência da despesa médica, independente da existência de qualquer mecanismo, processo ou sistema de intermediação da transmissão, direta ou indiretamente por meio de terceiros, ou da análise preliminar das despesas médicas.

- ▶ Entende-se por identificação da ocorrência da despesa médica qualquer tipo de comunicação estabelecida entre o prestador e a própria operadora, ou terceiro que preste serviço de intermediação de recebimento de contas médicas à operadora, que evidencie a realização de procedimento assistencial a beneficiário da operadora.

**Vigência:** 24.09.2009

**Revogação:** não há ▲

## RN 207, de 22.12.2009, e IN DIOPE 36, de 22.12.2009 Revisão do Plano de Contas Padrão

Dispõe sobre a revisão do Plano de Contas Padrão da ANS para as operadoras de planos de assistência à saúde.

O anexo está disponível, para consulta e cópia, no *site* da ANS ([www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)).

Fica alterado o Plano de Contas Padrão da ANS para as Operadoras de Plano de Assistência à Saúde, instituído pela RN 136/06.

- ▶ A adoção da nova versão do Plano de Contas Padrão da ANS pelas operadoras de plano de assistência à saúde é obrigatória para registro dos fatos contábeis ocorridos a partir de 1º de janeiro de 2010.
- ▶ A Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE), por intermédio de Instrução Normativa, regulamentará os mecanismos a serem observados pelas operadoras de plano de assistência à saúde no tocante à utilização do presente Plano de Contas Padrão.
- ▶ As demonstrações contábeis deverão obedecer ao disposto nas Leis 11.941/09 e 6.404/76, e suas posteriores alterações.

A inobservância ao disposto nesta Resolução implicará a aplicação das penalidades vigentes.

A IN DIOPE 36 regulamenta o disposto no art. 3º da RN 207/09.

- ▶ O anexo que faz parte desta IN está disponível para consulta e cópia no *site* da ANS ([www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)).

### Vigências

RN 207: 23.12.2009

IN DIOPE 36: 23.12.2009

### Revogações

RN 207: RNs 136/06, 147/07 e 184/08

IN DIOPE 36: IN DIOPE 24/08 ▲

## Plano de recuperação

### RN 199, de 07.08.2009

#### Apresentação de plano de recuperação

Esta Resolução dispõe sobre o plano de recuperação.

- ▶ Detectadas anormalidades econômico-financeiras, a DIOPE informará a Operadora e concederá prazo mínimo de 30 dias para que ela apresente e documente as soluções implementadas para as anormalidades apontadas.
- ▶ A critério da Operadora, poderá ser apresentado plano de recuperação como forma de solucionar as anormalidades econômico-financeiras apontadas pela DIOPE.
- ▶ O prazo máximo para a apresentação do plano de recuperação será de 30 dias, a contar da data do recebimento do ofício da DIOPE, podendo ser prorrogado por mais 30 dias, a pedido justificado da Operadora, por decisão motivada do Diretor da DIOPE.
- ▶ O plano de recuperação deverá conter projeção, mês a mês, de sobras de caixa operacionais, de alienação de ativos não operacionais e/ou de aporte de recursos próprios que equacionem a anormalidade econômico-financeira detectada pela DIOPE.

O período de vigência do plano de recuperação será de:

- até 12 meses, para as Operadoras com número de beneficiários superior a 100 mil;
- até 18 meses, para as Operadoras com número de beneficiários entre 20 mil e 100 mil;
- até 24 meses, para as Operadoras com número de beneficiários inferior a 20 mil.

O período de vigência do plano de recuperação poderá ser estendido por período adicional de até 12 meses, a pedido justificado da Operadora, desde que sejam observados os seguintes critérios mínimos:

- inexistência de distribuição, sob qualquer forma, de lucros ou sobras durante todo o período de vigência do plano de recuperação;
- não haja aumento das despesas administrativas em relação às contraprestações líquidas durante todo o período de vigência do plano de recuperação;
- o Documento de Informações Periódicas (DIOPS) seja objeto de revisão limitada de auditoria independente; e
- o pedido justificado de extensão do plano de recuperação seja previamente ratificado por Conselho Fiscal independente e, no caso das operadoras regidas por estatuto, ratificado em Assembléia.

- ▶ A projeção deverá observar integralmente o modelo de Demonstrativo de Fluxos de Caixa previsto na RN 173/08 (vide *RP Insurance News* jul/08) e alterações posteriores.

O plano de recuperação será sujeito à análise e manifestação do Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras.

A manifestação poderá resultar em rejeição ou aprovação e será comunicada por ofício da DIOPE endereçado à Operadora, devidamente fundamentada.

A DIOPE poderá solicitar o fornecimento de quaisquer outros documentos e/ou esclarecimentos sempre que entender necessários à análise do plano de recuperação, que deverão ser apresentados no prazo máximo de 30 dias a contar do recebimento da solicitação.

O plano de recuperação será rejeitado ou, caso aprovado, considerado não cumprido sempre que:

- após a apresentação do plano de recuperação, ocorrer deterioração no quadro de desequilíbrio econômico-financeiro detectado pela ANS;
- durante a vigência proposta para o plano de recuperação, não for cumprida por três meses consecutivos a projeção apresentada;
- ao final da vigência do plano de recuperação, persistir qualquer das anormalidades econômico-financeiras apontadas; ou
- a Operadora não estiver em dia com o envio dos documentos de que tratam a RN 173/08, a RN 184/08, a IN DIOPE 24 (vide *RP Insurance News* dez/08) e suas alterações posteriores.

A qualquer momento a Operadora poderá solicitar o encerramento do plano de recuperação, caso já aprovado, desde que comprovado que a anormalidade econômico-financeira apontada foi sanada e que a Operadora está atendendo integralmente as disposições sobre garantias financeiras e sobre ativos garantidores previstas nas RNs 159 e 160 (vide *RP Insurance* jul/07) e suas alterações posteriores.

Na hipótese de a Operadora demonstrar, no prazo para a apresentação do plano, a cessação das anormalidades econômico-financeiras detectadas a DIOPE extinguirá o processo administrativo e determinará seu arquivamento.

A ANS poderá instaurar o regime especial de direção fiscal sempre que as anormalidades econômico-financeiras sejam consideradas de natureza grave, na ocorrência das seguintes situações:

- não seja apresentada resposta ao ofício da DIOPE;
- o plano de recuperação apresentado não seja aprovado; ou
- o plano de recuperação aprovado não seja cumprido.

- ▶ Da decisão proferida pelo Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras caberá recurso à Diretoria Colegiada da ANS como instância administrativa máxima.
- ▶ O recurso poderá ser interposto no prazo de dez dias, contados da data em que a intimação da decisão for efetuada com as razões e, se for o caso, os documentos que o fundamentam.
- ▶ Os recursos são recebidos no efeito devolutivo.
- ▶ Os recursos poderão ser recebidos no efeito devolutivo e suspensivo, por decisão fundamentada do Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras, quando não houver grave e premente risco à saúde dos consumidores.
- ▶ Nas hipóteses em que o recurso tiver por fundamento a rejeição do plano de recuperação, por não ter sido aprovado, a Diretoria Colegiada poderá conceder, por uma única vez, em caráter excepcional, prazo improrrogável de 30 dias para que a Operadora reapresente novo plano de recuperação.

As disposições desta Resolução se aplicam aos processos em curso.

**Vigência:** 10.08.2009

**Revogação:** RDC 22/00 ▲

## Planos privados de assistência à saúde

### RN 195, de 14.07.2009, RN 200, de 13.08.2009 e RN 204, de 01.10.2009 – Classificação, características e contratação

A RN 195 dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde.

Para fins de contratação, os planos classificam-se em:

- individual ou familiar;
- coletivo empresarial; ou
- coletivo por adesão.

### Plano Privado de Assistência à Saúde Coletivo Empresarial

Oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

O vínculo à pessoa jurídica contratante poderá abranger ainda, desde que previsto contratualmente:

- os sócios da pessoa jurídica contratante;
- os administradores da pessoa jurídica contratante;
- os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante, ressalvada a aplicação do disposto dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98;
- os agentes políticos;
- os trabalhadores temporários;
- os estagiários e menores aprendizes; e
- o grupo familiar até terceiro grau de parentesco consanguíneo, até segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro dos empregados e servidores públicos, bem como dos demais vínculos dos itens anteriores.

O ingresso do grupo familiar previsto acima dependerá da participação do beneficiário titular no contrato de plano privado de assistência à saúde.

No plano empresarial com número de participantes igual ou superior a 30 beneficiários não poderá ser exigido o cumprimento de prazo de carência. Também não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes.

O pagamento dos serviços prestados pela operadora será de responsabilidade da pessoa jurídica contratante, exceto nas hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98.

### **Plano Privado de Assistência à Saúde Individual ou Familiar**

Oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

A extinção do vínculo do titular do plano familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes. Isto não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não-pagamento da mensalidade.

O contrato de plano familiar poderá conter cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, em caso de doenças ou lesões preexistentes, nos termos da resolução específica em vigor, bem como a exigência de cumprimento de prazos de carência.

### **Plano Privado de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão**

Oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial:

- conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;
- sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;
- associações profissionais legalmente constituídas;
- cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;
- caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução;
- entidades previstas nas Leis 7.395/85 e 7.398/85; e
- outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial não previstas nos itens anteriores, desde que autorizadas pela DIOPE.

No plano coletivo por adesão não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário ingresse no plano em até 30 dias da celebração do contrato coletivo.

O contrato do plano coletivo por adesão poderá conter cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, nos termos da resolução específica em vigor.

O pagamento dos serviços prestados pela operadora será de responsabilidade da pessoa jurídica contratante.

A operadora não poderá efetuar a cobrança das contraprestações pecuniárias diretamente ao beneficiário, exceto nas hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98.

O contrato do plano coletivo por adesão deverá conter cláusula específica que discipline os casos de inadimplemento por parte dos beneficiários, bem como as condições e prazo de pagamento.

### Disposições Comuns aos Planos Coletivos

Para vínculo de beneficiários aos planos coletivos por adesão ou empresarial não serão permitidas quaisquer outras exigências que não as necessárias para ingressar na pessoa jurídica contratante.

As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos coletivos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes.

Os contratos destes planos somente poderão ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias.

Caberá à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários destes planos.

As operadoras somente poderão fazer a exclusão ou suspensão, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:

- fraude; ou
- por perda dos vínculos do titular previstos nesta resolução, ou de dependência, desde que previstos em regulamento ou contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98.

- Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses.
- Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano de um determinado contrato.
- Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e os a ele já vinculados.

O disposto nestes itens não se aplica às variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança da faixa etária, migração e adaptação de contrato à Lei 9.656/98.

As pessoas jurídicas de que trata este normativo poderão reunir-se para contratar plano coletivo, podendo tal contratação realizar-se:

- diretamente com a operadora; ou
- com a participação de Administradora de Benefícios, nos termos da RN 196, comentada nesta edição; ou
- com a participação da Administradora de Benefícios na condição de estipulante do contrato firmado com a operadora, desde que a Administradora assuma o risco decorrente da inadimplência da pessoa jurídica contratante, com a vinculação de ativos garantidores suficientes para tanto.

- ▶ Fica vedada a inclusão de beneficiários sem a participação da pessoa jurídica legitimada.

Como parte dos procedimentos para contratação ou adesão aos planos individuais ou coletivos as operadoras deverão entregar ao beneficiário o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC). O MPS e o GLC serão objeto de regulamentação específica da Diretoria e Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO) e conterão, no mínimo:

- prazos de carência;
- vigência contratual;
- critérios de reajuste;
- segmentação assistencial; e
- abrangência geográfica.

- ▶ Os contratos de planos coletivos vigentes que permaneçam incompatíveis com os parâmetros fixados neste normativo na data de sua entrada em vigor não poderão receber novos beneficiários.
- ▶ As operadoras deverão adequar o registro dos produtos que possuam características distintas dos parâmetros fixados nesta resolução, observando os procedimentos a serem definidos em regulamentação específica.
- ▶ As operadoras terão o prazo de até 12 meses, contado da publicação da regulamentação específica para adequar o registro dos seus registros.
- ▶ A partir da adequação do registro dos produtos, os novos parâmetros passam a integrar os contratos celebrados para todos os fins de direito.
- ▶ Os registros dos produtos que não forem adequados no prazo estabelecido serão suspensos ou cancelados pela ANS, na dependência da existência ou não de vínculos no Sistema de Informação de Beneficiários (SIB), sendo vedadas novas inclusões de beneficiários.

**Esta resolução aplica-se às operadoras na modalidade de autogestão somente no que não for incompatível com a regulamentação específica em vigor.**

A presente resolução altera a Resolução 162/07 (vide *RP Insurance News* out/07), que, entre outras coisas, estabelece a obrigatoriedade da Carta de Orientação ao Beneficiário.

**Texto atual:**

“Institui-se a Carta de Orientação ao Beneficiário como parte integrante obrigatória dos contratos de planos privados de assistência à saúde individuais ou familiares e coletivos, empresariais com menos de 30 beneficiários ou por adesão com qualquer número de beneficiários.”

A RN 162 determinava menos de 50 beneficiários.

A Resolução 124/06 (vide *RP Insurance News* mar/06), que trata da aplicação de penalidades para infrações à legislação dos planos de saúde, passa a vigorar acrescida dos itens a seguir descritos.

#### **Contrato coletivo em desacordo com a regulamentação**

- Permitir a adesão de novos beneficiários em contratos coletivos que permaneçam em desacordo com a legislação em vigor. Sanção: multa de R\$ 50.000,00.

#### **Ingresso de beneficiário em plano coletivo**

- Admitir o ingresso de beneficiário em contrato coletivo que não detenha o vínculo exigido pela legislação. Sanção: multa de R\$ 50.000,00.

#### **Reajuste de plano coletivo**

- Exigir ou aplicar reajuste da contraprestação pecuniária do contrato coletivo em desacordo com a regulamentação específica em vigor. Sanção: multa de R\$ 45.000,00.

#### **Contraprestações distintas em contratos coletivos**

- Exigir ou cobrar contraprestações pecuniárias distintas entre os consumidores que vierem a ser incluídos no contrato coletivo e os a ele já vinculados. Sanção: multa de R\$ 45.000,00.

#### **Cobrar contraprestações pecuniárias em contratos coletivos diretamente do beneficiário**

- Cobrar contraprestações pecuniárias em contratos coletivos diretamente do consumidor. Sanção: multa de R\$ 5.000,00.

#### **Fornecimento de orientação para contratação ou guia de leitura contratual**

- Deixar de fornecer, ao consumidor de plano coletivo, orientação para contratação de planos de saúde ou guia de leitura contratual. Sanção: advertência, multa de R\$ 5.000,00.

#### **Preenchimento incompleto de formulário em contratos coletivos**

- Deixar de preencher os campos referentes à data e identificação das partes e eventuais representantes constituídos, existentes nos formulários adotados para proposta de contratação ou adesão dos planos coletivos comercializados ou disponibilizados. Sanção: advertência, multa de R\$ 5.000,00.

#### **Suspensão ou Rescisão Unilateral de Contrato Coletivo**

- Suspender ou rescindir o contrato coletivo em desacordo com a regulamentação. Sanção: multa de R\$ 80.000,00.

A RN 200 traz alterações aos normativos RN 195/09 e RN 162/07.

Alterada RN 195/09	Atual RN 200/09
<p>No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência.</p>	<p>No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a 30 beneficiários não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, <b>desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.</b></p>
<p>No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes.</p>	<p>No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, <b>desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.</b></p>
<p>O pagamento dos serviços prestados pela operadora será de responsabilidade da pessoa jurídica contratante, exceto nas hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98.</p> <p>A operadora contratada não poderá efetuar a cobrança das contraprestações pecuniárias diretamente ao beneficiário, exceto nas hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98.</p> <p>Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos vigentes que permaneçam incompatíveis com os parâmetros fixados nesta Resolução na data de sua entrada em vigor não poderão receber novos beneficiários.</p>	<p>O pagamento dos serviços prestados pela operadora será de responsabilidade da pessoa jurídica contratante.</p> <p>A regra acima não se aplica às hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98, <b>às operadoras na modalidade de autogestão e aos entes da administração pública direta ou indireta.</b></p> <p>A operadora contratada não poderá efetuar a cobrança da contraprestação pecuniária diretamente aos beneficiários.</p> <p>A regra acima não se aplica às hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98 <b>e às operadoras na modalidade de autogestão.</b></p> <p>Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos vigentes que permaneçam incompatíveis com os parâmetros fixados nesta Resolução na data de sua entrada em vigor não poderão receber novos beneficiários, <b>ressalvados os casos de novo cônjuge e filhos do titular.</b></p> <p><b>A partir da confirmação pela operadora da reclassificação do registro dos produtos, os novos parâmetros passam a integrar os contratos aditados para atender as disposições desta Resolução.</b></p>

Alterada RN 195/09 (cont.)	Atual RN 200/09 (cont.)
<p>As operadoras deverão adequar o registro dos produtos que possuam características distintas dos parâmetros fixados nesta resolução, observando os procedimentos a serem definidos em regulamentação específica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• As operadoras terão o prazo de até 12 meses, contado da publicação da regulamentação específica, para adequar o registro dos seus produtos.</li> <li>• A partir da adequação do registro dos produtos, os novos parâmetros passam a integrar os contratos celebrados para todos os fins de direito.</li> <li>• Os registros dos produtos que não forem adequados no prazo estabelecido no primeiro item serão suspensos ou cancelados pela ANS, na dependência da existência ou não de vínculos no Sistema de Informação de Beneficiários (SIB), sendo vedadas novas inclusões de beneficiários.</li> </ul>	<p>A ANS reclassificará automaticamente a característica “Tipo de Contratação” dos registros dos produtos coletivos, a partir das condições de vínculo do beneficiário em planos coletivos já informadas pelas operadoras, compatibilizando-a com os novos critérios de classificação dos planos coletivos fixados nesta Resolução.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• As operadoras deverão confirmar a reclassificação, atualizando os respectivos dispositivos do instrumento jurídico e nome do plano, quando necessário, nas condições e prazos a serem definidos em regulamentação específica.</li> <li>• Os registros dos produtos, cuja reclassificação não seja confirmada nas condições e prazos estabelecidos por regulamentação específica serão suspensos ou cancelados pela ANS, na dependência da existência ou não de vínculos no Sistema de Informação de Beneficiários (SIB), sendo vedadas novas inclusões de beneficiários.</li> </ul>
<p>Institui-se a Carta de Orientação ao Beneficiário como parte integrante obrigatória dos contratos de planos privados de assistência à saúde individuais ou familiares e coletivos, <b>empresariais com menos de 30 beneficiários ou por adesão com qualquer número de beneficiários.</b></p>	<p>Institui-se a Carta de Orientação ao Beneficiário como parte integrante obrigatória dos contratos de planos privados de assistência à saúde individuais ou familiares e coletivos, <b>em que haja previsão de cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária.</b></p>
<p>Nos planos privados de assistência à saúde, individual ou familiar, ou coletivos, <b>empresariais com menos de 30 beneficiários ou por adesão com qualquer número de beneficiários</b>, contratados após a vigência da Lei 9.656/98, o beneficiário deverá informar à contratada, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de DLP, à época da assinatura do contrato ou ingresso contratual, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão da cobertura ou rescisão unilateral do contrato, nos termos do inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei 9.656/98.</p>	<p>Nos planos privados de assistência à saúde, individual ou familiar, ou coletivos, <b>em que haja previsão de cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária</b>, contratados após a vigência da Lei 9.656/98, o beneficiário deverá informar à contratada, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de DLP, à época da assinatura do contrato ou ingresso contratual, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão da cobertura ou rescisão unilateral do contrato, nos termos do inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei 9.656/98.</p>
<p>No caso de contrato coletivo empresarial com menos de 30 beneficiários, apresentar comprovante do número de participantes do contrato.</p>	<p>No caso de contrato coletivo empresarial com menos de 30 beneficiários, apresentar comprovante do número de participantes do contrato <b>e a data de formalização do pedido de adesão do beneficiário.</b></p>
<p>Planos privados de assistência à saúde coletivo empresarial com 30 ou mais beneficiários.</p>	<p>Planos privados de assistência à saúde coletivo empresarial <b>em que não seja exigível o cumprimento de cobertura parcial temporária ou agravo.</b></p>

A RN 204 também traz algumas alterações na RN 195.

Alterada RN 195/09	Atual RN 204/09
<b>Com relação a disposições comuns aos planos coletivos</b>	
<p><b>Reajuste</b> Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses.</p>	<p><b>Reajuste</b> Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Em planos operados por autogestão, patrocinados por entes da administração pública direta ou indireta, não se considera reajuste o aumento que decorra exclusivamente da elevação da participação financeira do patrocinador.</li> </ul>
<b>Com relação à orientação aos beneficiários</b>	
<p>Como parte dos procedimentos para contratação ou <b>adesão</b> aos planos individuais ou coletivos as operadoras deverão entregar ao beneficiário o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).</p>	<p>Como parte dos procedimentos para contratação ou <b>ingresso</b> aos planos individuais ou coletivos as operadoras, <b>inclusive classificadas na modalidade de Administradora de Benefícios</b>, deverão entregar ao beneficiário o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).</p>
<b>Com relação às disposições transitórias.</b>	
<p>Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos vigentes que permaneçam incompatíveis com os parâmetros fixados nesta Resolução na data de sua entrada em vigor não poderão receber novos beneficiários, ressalvados os casos de novo cônjuge e filhos do titular.</p>	<p>Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos vigentes que permaneçam incompatíveis com os parâmetros fixados nesta Resolução na data de sua entrada em vigor, <b>especificamente quanto às condições de elegibilidade previstas nesta Resolução</b>, não poderão receber novos beneficiários, ressalvados os casos de novo cônjuge e filhos do titular.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos vigentes, que atendam as condições de elegibilidade previstas nesta Resolução, mas permaneçam incompatíveis com os demais parâmetros fixados, deverão ser aditados até a data do aniversário contratual ou até 12 meses de vigência desta norma, o que ocorrer primeiro, sob pena de impedir o ingresso de novos beneficiários, ressalvados os casos de novo cônjuge e filho do titular.</b></li> </ul>

Este normativo altera a vigência da RN 195/09 e das alterações introduzidas pela RN 200/09.

Vigência anterior 15.10.2009	Vigência atual 03.11.2009
---------------------------------	------------------------------

#### Vigências

RN 195: 03:11.2009 • RN 200: 03:11.2009 • RN 204: 03:11.2009

#### Revogações

RN 195: §§ 3º dos artigos 2º das Resoluções CONSU 20/99 e 21/99 e a Resolução CONSU 14/98 • RN 200: não há • RN 204: não há ▲

## IN DIPRO 20, de 29.09.2009 Instrumentos de orientação ao beneficiário

Dispõe sobre os instrumentos de orientação aos beneficiários, previstos no art. 24 da RN 195/09 (vide *RP Insurance News* jul/09) e RN 200/09 (vide *RP Insurance News* ago/09).

Esta Instrução regulamenta o art. 24 da norma supracitada, estabelecendo os padrões a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde na confecção do **MPS** (Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde) e do **GLC** (Guia de Leitura Contratual).

Os Anexos I e II desta IN apresentam os modelos do MPS e do GLC a serem seguidos em sua íntegra pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, incluindo a fonte e o tamanho da letra a ser utilizado (Times New Roman, 12, espaçamento simples).

Os documentos deverão ser entregues em material impresso ou em mídia digital, à escolha do beneficiário e a entrega deverá ser feita pela operadora, inclusive classificada na modalidade de Administradora de Benefícios, podendo ser intermediada por representante da pessoa jurídica contratante, no caso dos planos coletivos.

Os itens “Padrão de Acomodação”, “Doença ou Lesão Preexistente” e “Cobertura Parcial Temporária” contidos nos Anexos não se aplicam às operações de planos exclusivamente odontológicos.

O item “Padrão de Acomodação” contido no Anexo II não se aplica às operações de planos exclusivamente ambulatoriais ou combinados com odontologia.

- ▶ O MPS e o GLC somente serão exigidos para os contratos celebrados a partir da entrada em vigor da RN 195/09 (16.08.2009) ou para o ingresso de novos beneficiários aos contratos aditivados para atender as disposições da referida Resolução.
- ▶ A entrega dos referidos documentos não exonera a operadora de planos privados de assistência à saúde do dever de entregar uma via do instrumento contratual ao contratante pessoa física ou jurídica.

O MPS deverá ser entregue anteriormente à assinatura da proposta de contratação, segundo o tipo de contratação:

- nos planos individuais: ao beneficiário titular; ou
- nos planos coletivos: ao representante da pessoa jurídica contratante ou Administradora de Benefícios e aos beneficiários titulares até a assinatura da sua proposta de ingresso no plano.

O MPS e o GLC são instrumentos destinados a informar ao beneficiário os principais aspectos a serem observados no momento da contratação de planos de saúde e a facilitar a apreensão do conteúdo do contrato, por meio da indicação das referências aos seus tópicos mais relevantes.

O GLC deverá ser entregue junto com o cartão de identificação do beneficiário titular, independentemente do tipo de contratação.

Sempre que demandada pelo beneficiário titular de plano coletivo, a pessoa jurídica contratante deverá disponibilizar cópia do instrumento contratual contemplado, no mínimo, os temas referenciados no GLC.

**Vigência:** 15.10.2009

**Revogação:** não há ▲

## IN DIPRO 22, de 08.10.2009 Atualização do registro de produtos

A presente Instrução Normativa tem por objeto estabelecer os procedimentos de atualização do registro de produtos de contratação coletiva, previstos na RN 195/09 (vide *RP Insurance News* jul/09).

- ▶ Para a atualização do registro dos produtos será feita a reclassificação automática de todos os planos coletivos com registro na ANS, incluindo aqueles cuja adequação esteja em curso.
- ▶ A reclassificação dos registros dos produtos terá como base a informação do(s) tipo(s) de vínculo(s) dos beneficiários com a pessoa jurídica contratante ou do tipo de contratação indicada pela operadora nas solicitações de registro ou adequação do registro provisório de produtos e obedecerá aos critérios dispostos no Anexo I desta IN. Esta reclassificação será disponibilizada no *site* da ANS.
- ▶ As operadoras terão o prazo de 03.11.2009 a 02.12.2009 para confirmar ou indicar a alternativa operacional à reclassificação dos registros de seus produtos no *site* da ANS, bem como ajustar o nome comercial, se incompatível com a nova classificação de tipo de contratação a ele atribuída.

Finalizada a reclassificação e permanecendo vigente contratos com beneficiários titulares cujo vínculo com a pessoa jurídica contratante seja incompatível com o tipo de contratação do plano ora reclassificado, a operadora, através de aditivo contratual celebrado entre as partes, deverá:

- na hipótese de possuir outro produto registrado com as mesmas características e compatível com o vínculo e tipo de contratação:
  - informar no contrato novo número de registro; e
  - atualizar as informações no Sistema de Informação de Beneficiário (SIB) – mudança de plano dentro da mesma operadora; ou
- na hipótese de não possuir outro produto registrado com as mesmas características e compatível com o vínculo e tipo de contratação, solicitar o registro de um novo produto nas condições adequadas para posteriormente alterar o número de registro naquele contrato e atualizar o SIB.

- ▶ As operadoras terão o prazo de 12 meses contados de 03.12.2009 para atualizar o cadastro de temas dos instrumentos jurídicos de seus produtos e a Nota Técnica de Registro de Produto (NTRP) dos planos coletivos por adesão, observado o disposto nesta IN.
- ▶ Os planos coletivos por adesão possuem a exigibilidade de envio da NTRP, à exceção daqueles exclusivamente odontológicos ou com formação de preço pós-estabelecido.

Os registros dos produtos, cuja reclassificação não seja confirmada ou que não tiveram o cadastro de temas do instrumento jurídico, bem como na NTRP, quando couber, atualizados nas condições e prazos estabelecidos nesta IN serão suspensos ou cancelados pela ANS, na dependência da existência ou não de vínculos no SIB da respectiva competência, sendo vedadas novas inclusões de beneficiários.

As operadoras que possuem registro de produtos não enviados para adequação à RN 85/04 só poderão comercializá-los após a devida regularização e reclassificação, nos termos do disposto nesta IN.

- ▶ Os Anexos desta IN estarão disponíveis para consulta e cópia no *site* da ANS.

**Vigência:** 03.11.2009

**Revogação:** não há ▲



## PMA e margem de solvência

### RN 209, de 22.12.2009 – Recursos Próprios Mínimos, Dependência Operacional e constituição de provisões técnicas

A RN 160 (vide *RP Insurance News* jul/07) dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos, Dependência Operacional e constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.

A RN 209 traz alterações no normativo supracitado. A seguir, destacamos as principais mudanças;

O valor do capital base, utilizado para obtenção do Patrimônio Mínimo Ajustado, foi alterado.

Valor alterado: R\$ 4.500.000,00	Valor atual: R\$ 5.001.789,60
<ul style="list-style-type: none"><li>• O período de referência para a aplicação do ajuste será a variação acumulada nos últimos 12 meses, tomando-se por base o mês de junho de cada ano.</li><li>• Os percentuais dos ajustes e os correspondentes valores atualizados do capital base serão divulgados no mês de julho de cada ano, no <i>site</i> da ANS.</li></ul>	



Anterior RN 160/07	Atual RN 209/09
<p>As autogestões anteriormente dispensadas da constituição das garantias financeiras próprias, por transferência do risco a terceiros, que apresentaram pedido de autorização de funcionamento antes da publicação desta Resolução deverão observar, integral e mensalmente as regras de PMA podendo, durante o prazo máximo de seis anos, contados a partir de janeiro de 2008, observar a proporção cumulativa mínima de 1/72, a cada mês, do valor calculado nos termos desta Resolução.</p>	<p>As autogestões anteriormente dispensadas da constituição das garantias financeiras próprias, por transferência do risco a terceiros, que apresentaram pedido de autorização de funcionamento até 03.07.2007, deverão observar integral e mensalmente, as regras de PMA.</p> <p><b>As OPS deverão observar na data de 31.12.2009 a parcela mínima de 24/72 do valor calculado nos termos desta Resolução.</b></p> <p>A partir de janeiro de 2010, deverá ser observada a proporção cumulativa mínima mensal de 1/72 do valor calculado nos termos desta Resolução, pelo prazo máximo de 48 meses.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Os parâmetros do Anexo III desta Resolução deverão ser observados para apuração da Margem de Solvência.</li> <li>▶ As Seguradoras Especializadas em Saúde (SES) que iniciaram suas atividades antes da publicação desta Resolução, deverão observar integral e mensalmente as regras de Margem de Solvência, podendo até o prazo máximo de 31.12.2010, regularizar eventuais insuficiências oriundas do valor excedente gerado pela mudança de regra de cálculo da Margem de Solvência vigente em 31.12.2009.</li> </ul>	
<p>As OPS dos segmentos primário, secundário, próprio e misto que iniciaram suas operações antes da publicação desta Resolução e aquelas do segmento terciário que iniciaram suas operações antes de 19.07.2001, deverão observar integral e mensalmente as regras de Margem de Solvência, <b>podendo, durante o prazo máximo de dez anos, contados a partir de janeiro de 2008, observar a proporção cumulativa mínima de 1/120, a cada mês, do valor calculado nos termos desta Resolução.</b></p>	<p>As OPS dos segmentos primário, secundário, próprio e misto que iniciaram suas operações antes de 03.07.2007 e aquelas do segmento terciário que iniciaram suas operações antes de 19.07.2001, deverão observar integral e mensalmente as regras de Margem de Solvência.</p> <p><b>As OPS deverão observar na data de 31.12.2009 a parcela mínima de 24/120 do valor calculado nos termos desta Resolução.</b></p> <p><b>A partir de janeiro de 2010, deverá ser observada a proporção cumulativa mínima mensal de 1/120 do valor calculado nos termos desta Resolução, pelo prazo máximo de 96 meses.</b></p>

Anterior RN 160/07 (cont.)	Atual RN 209/09 (cont.)
<b>Provisões Técnicas</b>	
<p>As OPS deverão constituir, mensalmente, atendendo às boas práticas contábeis a Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados (PEONA), Provisão para Remissão e outras Provisões Técnicas necessárias à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, como já era determinado pela RN 160. A RN 209 mantém a determinação da RN 160, trazendo uma alteração sobre a Provisão para Remissão e inserindo a Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Provisão para Remissão, para garantia das obrigações decorrentes das cláusulas contratuais de remissão das contraprestações <b>pecuniárias</b> referentes à cobertura de assistência à saúde, quando existentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar, para garantia de eventos/sinistros já ocorridos, registrados contabilmente e ainda não pagos.</b></li> <li>Provisão para Remissão, para garantia das obrigações decorrentes das cláusulas contratuais de remissão das contraprestações/<b>prêmios</b> referentes à cobertura de assistência à saúde, quando existentes, <b>sendo de constituição obrigatória a partir da data da efetiva autorização.</b></li> </ul>
<p>As provisões técnicas deverão ser apuradas conforme metodologia definida por atuário legalmente habilitado, em Nota Técnica Atuarial de Provisões (NTAP), a ser encaminhada para análise e aprovação da DIOPE.</p>	<p>As provisões técnicas deverão ser apuradas conforme metodologia definida por atuário legalmente habilitado, em Nota Técnica Atuarial de Provisões (NTAP), a ser encaminhada para análise e aprovação da DIOPE.</p> <p><b>Somente serão passíveis de análise e aprovação as NTAPs das OPS que:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>constituírem as Provisões Técnicas conforme exigido por esta Resolução;</li> <li>possuírem Recursos Próprios Mínimos suficientes que atendam ao exigido nesta Resolução, exceto quando a eventual insuficiência apurada for decorrente da constituição de Provisões Técnicas superiores a 100% dos valores calculados pela nova metodologia;</li> <li>atenderem aos requisitos relativos ao lastro das Provisões Técnicas por Ativos Garantidores conforme regulamentação específica a ser editada pela DIOPE; e</li> <li>estiverem em dia com a remessa das informações do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Saúde (DIOPS-XML).</li> </ul>

A base de dados, encaminhada à DIOPE e utilizada na elaboração da metodologia de cálculo da Provisão Técnica para fins de aprovação, deverá ser auditada e estar acompanhada de Relatório Circunstanciado de auditor independente, registrado na CVM, versando sobre a sua fidedignidade e consistência com os demonstrativos contábeis e as informações encaminhadas por meio do DIOPS-XML.

- Os procedimentos constantes no Relatório Circunstanciado devem obedecer às normas de auditoria aplicáveis e considerar, no mínimo, os aspectos constantes no Anexo IV desta Resolução.
- A apresentação de base de dados em consonância com o estabelecido nesta Resolução não implica na aprovação, em qualquer caráter, da metodologia de cálculo da provisão a que se refere a NTAP encaminhada para análise.
- As OPS ficam obrigadas a armazenar todas as informações utilizadas no cálculo das Provisões Técnicas, bem como todas as informações contidas no Anexo V desta Resolução, inclusive quando da elaboração de metodologias submetidas à aprovação e teste de consistência, conforme definido item 1 do Anexo III desta Resolução.
- A ANS poderá solicitar a qualquer tempo a base de dados, bem como exigir relatório circunstanciado para avaliação das informações.

#### **Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar**

A Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar deverá ser constituída para fazer frente aos valores a pagar por eventos/sinistros avisados até a data base de cálculo, de acordo com a responsabilidade retida pela OPS, observados os seguintes critérios:

- o registro contábil dos eventos/sinistros a liquidar deverá ser realizado pelo valor integral cobrado pelo prestador ou apresentado pelo beneficiário, no primeiro momento da identificação da ocorrência da despesa médica, independente da existência de qualquer mecanismo, processo ou sistema de intermediação da transmissão, direta ou indiretamente por meio de terceiros, ou da análise preliminar das despesas médicas; e
- a identificação da ocorrência da despesa médica será entendida como qualquer tipo de comunicação estabelecida entre o prestador ou beneficiário e a própria operadora, ou terceiro que preste serviço de intermediação de recebimento de contas médicas à operadora, que evidencie a realização de procedimento assistencial a beneficiário da operadora.

### Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA)

As OPS que iniciaram suas operações antes de 19.07.2001 e as autogestões anteriormente dispensadas da constituição das garantias financeiras próprias, por transferência do risco a terceiros, que iniciaram suas operações até 03.07.2007, deverão constituir mensalmente e de forma integral a PEONA calculada de acordo com esta Resolução.

- As OPS mencionadas acima deverão ter constituído na data de 31 de dezembro de 2009 a parcela mínima de 24/72 do valor calculado nos termos desta Resolução.
- A partir de janeiro de 2010, deverá ser observada a proporção cumulativa mínima mensal de 1/72 do valor calculado nos termos desta Resolução, pelo prazo máximo de 48 meses.
- Ficam excluídas desta exigência as Seguradoras Especializadas em Saúde.

#### PEL

Provisão de Eventos a Liquidar

#### OPSP

Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (Conta do Passivo)

#### EI

Eventos Indenizáveis dos últimos três meses, incluso o mês de cálculo

#### CPR

Contraprestações Pecuniárias a Receber

#### OPSA

Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (Conta do Ativo)

#### CL

Contraprestações Líquidas dos últimos três meses, incluso o mês de cálculo

### Dependência Operacional

A Dependência Operacional não se aplica às Seguradoras Especializadas em Saúde.

Para o cálculo do montante financeiro a ser garantido, onde era utilizada a conta “eventos a liquidar” passa a ser considerada a conta de “provisão de eventos a liquidar”.

Para apuração dos valores para o cálculo do montante financeiro a ser garantido, deverão ser observados os seguintes critérios:

- formulação para cálculo da Dependência Operacional:

$$\text{Dependência Operacional} = \frac{[(\text{PEL} + \text{OPSP}) \times 90]}{\text{EI}} - \frac{[(\text{CPR} + \text{OPSA}) \times 90]}{\text{CL}}$$

As Contraprestações Líquidas e os Eventos Indenizáveis são aqueles contabilizados do primeiro ao último dia do trimestre em que a Dependência Operacional estiver sendo apurada.

Todos os trechos em que a RN 160 utilizava os termos “contraprestações líquidas” e “eventos indenizáveis líquidos” a RN 209 utilizou, respectivamente “contraprestações/prêmios” e “eventos/sinistros”.

**Vigência:** 01.01.2010

**Revogações:**

RNs 06/02, 14/02, 57/03 e 160/07 • RDC 65/01 • INs DIOPE 17/08, 30/09 e 35/09 ▲

## IN DIOPE 38, de 28.12.2009

### Apuração do Patrimônio Líquido ou Patrimônio Social

Esta Instrução define os ajustes por efeitos econômicos no patrimônio da operadora, a ser considerado para fins de Margem de Solvência e Patrimônio Mínimo Ajustado (PMA).

Na apuração do Patrimônio Líquido ou Patrimônio Social para fins de adequação às regras de Recursos Próprios Mínimos – PMA e Margem de Solvência – constantes dos artigos na RN 209, as Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde devem observar, obrigatoriamente, os ajustes por efeitos econômicos a seguir relacionados.

Revogada IN DIOPE 35/09	Em vigor IN DIOPE 38/09
<b>Adições</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• obrigações legais classificadas no passivo não-circulante exigível a longo prazo, excluída a parcela do ativo referente à transferência da responsabilidade de pagamento das Obrigações Legais, ocorrida nos termos da IN DIOPE 20/08 (vide <i>RP Insurance News</i> out/08); e</li> <li>• receitas operacionais e <b>não-operacionais diferidas</b>, efetivamente recebidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• obrigações legais classificadas no passivo não-circulante exigível a longo prazo, excluída a parcela do ativo referente à transferência da responsabilidade de pagamento das Obrigações Legais, ocorrida nos termos da IN DIOPE 20/08 (vide <i>RP Insurance News</i> out/08); e</li> <li>• receitas operacionais <b>diferidas</b>, efetivamente recebidas.</li> </ul>
<b>Deduções</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• participações diretas ou indiretas em outras Operadoras e em entidades reguladas pela SUSEP, BACEN e Secretaria de Previdência Complementar (SPC);</li> <li>• créditos tributários decorrentes de prejuízos fiscais de imposto de renda e bases negativas de contribuição social;</li> <li>• despesas de comercialização diferidas;</li> <li>• despesas antecipadas;</li> <li>• ativo não-circulante <b>permanente</b> diferido;</li> <li>• ativo não-circulante <b>permanente</b> intangível, exceto o montante referente a gastos com aquisição de carteira de plano de assistência à saúde e com programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças aprovados nos termos da Instrução Normativa Conjunta 01/08, da DIOPE/DIPRO (vide <i>RP Insurance News</i> dez/08); e</li> <li>• custos operacionais e <b>despesas não-operacionais</b> diferidas, efetivamente despendidos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• participações diretas ou indiretas em outras Operadoras e em entidades reguladas pela SUSEP, BACEN e Secretaria de Previdência Complementar (SPC);</li> <li>• créditos tributários decorrentes de prejuízos fiscais de imposto de renda e bases negativas de contribuição social;</li> <li>• despesas de comercialização diferidas;</li> <li>• despesas antecipadas;</li> <li>• ativo não-circulante diferido;</li> <li>• ativo não-circulante intangível, exceto o montante referente a gastos com aquisição de carteira de plano de assistência à saúde e com programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças aprovados nos termos da Instrução Normativa Conjunta 01/08, da DIOPE/DIPRO (vide <i>RP Insurance News</i> dez/08); e</li> <li>• custos operacionais e diferidos, efetivamente despendidos</li> </ul>

Vigência: 29.12.2009

Revogação: não há ▲

## Portabilidade

### RN 186, de 14.01.2009 – Portabilidade de carência

Esta Resolução dispõe sobre a portabilidade de carências, e sem a imposição de cobertura parcial temporária, para beneficiários de planos privados de assistência à saúde individuais e familiares contratados após 01.01.1999 ou adaptados à Lei 9.656/98.

Para efeito desta Resolução, consideram-se as **definições** a seguir relacionadas.

**Plano de origem:** é o plano privado de assistência à saúde contratado pelo beneficiário no período imediatamente anterior à portabilidade de carências.

**Plano de destino:** é o plano privado de assistência à saúde a ser contratado pelo beneficiário por ocasião da portabilidade de carências.

**Carência:** é o período ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato do plano de saúde, durante o qual o contratante paga as mensalidades, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato, conforme previsto no inciso V do art. 12 da Lei 9.656/98, nos termos desta Resolução.

**Prazo de permanência:** é o período ininterrupto em que o beneficiário deve manter o contrato de plano de origem em vigor para se tornar elegível para portabilidade de carências com base na regra de portabilidade de carências prevista neste normativo.

**Tipo:** é a classificação de um plano privado de assistência à saúde com base na abrangência geográfica e segmentação assistencial, conforme disposto no Anexo desta Resolução.

**Tipo compatível:** é o tipo que permite ao beneficiário o exercício da portabilidade para um outro tipo por preencher os requisitos de abrangência geográfica, segmentação assistencial, tipo de contratação e faixa de preço, nos termos desta Resolução.

**Portabilidade de carências:** é a contratação de um plano privado de assistência à saúde com registro de produto na ANS na mesma ou em outra operadora, concomitantemente à rescisão do contrato referente a um plano privado de assistência à saúde, contratado após 01.01.1998 ou adaptado à Lei 9.656/98, em tipo compatível, observando o prazo de permanência, na qual o beneficiário está dispensado do cumprimento de novos períodos de carência ou cobertura parcial temporária.

### Regras sobre a portabilidade de carências

O beneficiário de plano de contratação individual ou familiar, contratado após 01.01.1999 ou adaptados à Lei 9.656/98, fica dispensado do cumprimento de novos períodos de carência e de cobertura parcial temporária na contratação de novo plano de contratação individual ou familiar, na mesma ou em outra operadora de plano de assistência à saúde, desde que sejam atendidos simultaneamente os seguintes requisitos:

- estar adimplente junto à operadora do plano de origem;
- possuir prazo de permanência:
  - na primeira portabilidade de carências, no mínimo dois anos no plano de origem ou no mínimo três anos na hipótese de o beneficiário ter cumprido cobertura parcial temporária; ou
  - nas posteriores, no mínimo dois anos de permanência no plano de origem;
- o plano de destino estar em tipo compatível com o do plano de origem;
- a faixa de preço do plano de destino ser igual ou inferior à que se enquadra o seu plano de origem, considerada a data da assinatura da proposta de adesão; e
- o plano de destino não estar com registro em situação “ativo com comercialização suspensa” ou “cancelado”.

A portabilidade de carências deve ser requerida pelo beneficiário no período compreendido entre o primeiro dia do mês de aniversário do contrato e o último dia útil do mês subsequente.

Não poderá haver cobrança de custas adicionais em virtude do exercício do direito previsto nesta Resolução, seja pela operadora de plano de origem ou pela operadora de plano de destino.

Não poderá haver discriminação de preços de planos em virtude da utilização da regra de portabilidade de carências.

Em planos de contratação familiar, a portabilidade de carências poderá ser exercida individualmente por cada beneficiário ou por todo o grupo familiar;

- para a portabilidade de carências por todo o grupo familiar, é necessário o cumprimento dos requisitos desta Resolução por todos os beneficiários cobertos pelo contrato;
  - na hipótese de contratação familiar em que o direito à portabilidade de carências não seja exercido por todos os membros do grupo, o contrato será mantido, extinguindo-se o vínculo apenas daqueles que exerceram o referido direito.
- Para efeitos de portabilidade de carências, a operadora do plano de destino não poderá estar submetida a:
- alienação compulsória de sua carteira;
  - oferta pública do cadastro de beneficiários; ou
  - liquidação extrajudicial.

### Aspectos operacionais

O beneficiário que pretender exercer a portabilidade de carências deverá entregar os seguintes documentos à operadora do plano de destino, ocasião em que esta deverá disponibilizar a proposta de adesão para assinatura, fornecendo segunda via, datada e assinada:

- cópia dos comprovantes de pagamento dos três últimos boletos vencidos; e
- comprovante de permanência nas portabilidades anteriores.

A operadora do plano de destino deverá concluir a análise da proposta e enviar resposta conclusiva e, devidamente justificada, no prazo máximo de 20 dias, informando se o beneficiário atende aos requisitos previstos nesta Resolução.

O não envio de resposta ao beneficiário no prazo estabelecido implica aceitação da portabilidade de carências.

Caso o beneficiário não atenda aos requisitos previstos nesta Resolução, a operadora do plano de destino poderá recusar a proposta de adesão pela regra de portabilidade de carências.

O termo final do contrato do plano de origem deverá coincidir com o termo inicial do contrato do plano de destino.

- ▶ A possibilidade de exigência de períodos de carência e de cobertura parcial temporária segue o disposto em normativo específico, ressalvado o disposto nesta Resolução.

Esta Resolução não exclui o disposto no art. 14 da RN 162/07 (vide *RP Insurance News out/07*).

**Vigência:** 15.04.2009

**Revogação:** não há ▲

“Não poderá haver solicitação de preenchimento de formulário de Declaração de Saúde na contratação ou adesão de plano em substituição a outro (individual ou coletivo independente do número de beneficiários), ao qual o beneficiário, titular ou não do plano, permaneceu vinculado por período superior a 24 meses, desde que na mesma operadora, na mesma segmentação e sem interrupção de tempo.”

## IN DIPRO 19, de 03.04.2009 – Portabilidade de carências

Dispõe sobre o detalhamento da RN 186/09 (vide *RP Insurance News* jan/09), que traz a regulamentação da portabilidade de carências, e implementa a compatibilidade dos produtos e a faixa de preços para fins de portabilidade.

### Inciso II – prazo de permanência:

- na primeira portabilidade de carências, no mínimo dois anos no plano de origem ou no mínimo três anos na hipótese de o beneficiário ter cumprido cobertura parcial temporária; ou
- nas posteriores, no mínimo dois anos de permanência no plano de origem.

### Prazo de permanência

- ▶ Em contratos adaptados à Lei 9.656/98, de planos contratados anteriormente a 01.01.1999, o prazo de permanência previsto no inciso II do artigo 3º da RN 186/09, será contado a partir da data da adaptação.
- ▶ Para comprovação do prazo de permanência, admite-se qualquer documentação hábil, tais como:
  - cópia da proposta de adesão;
  - contrato assinado;
  - comprovantes de pagamento do período; ou
  - declaração emitida pela operadora do plano de origem.
- ▶ Para efeito do inciso II do artigo 3º da RN 186/09, considera-se plano de origem o produto ao qual o benefício esteja vinculado no momento imediatamente anterior ao exercício da portabilidade.

### Artigo 4º:

- não poderá haver cobrança de custas adicionais em virtude do exercício do direito previsto nesta Resolução, seja pela operadora de plano de origem ou pela operadora de plano de destino.

### Aspectos operacionais gerais

- ▶ Para efeito do artigo 4º da RN 186/09, consideram-se custas adicionais a cobrança de quaisquer acréscimos diversos das condições normais de comercialização de um plano de saúde.
- ▶ Caso o beneficiário não possua a documentação prevista no artigo 8º da RN 186/09, este poderá solicitá-la à operadora do plano de origem, que deverá atendê-lo no prazo de dez dias, a contar da ciência do pedido.

### Vigência do contrato do plano de destino

- ▶ O início da vigência do contrato do plano de destino torna extinto o vínculo do beneficiário com o plano de origem.
- ▶ Em caso de internação, suspende-se o prazo de dez dias, previsto no parágrafo 1º do artigo 11 da RN 186/09 até a ciência da data da alta da internação pela operadora do plano de destino, permanecendo o vínculo do beneficiário com o plano de origem até completar a contagem do referido prazo.
- ▶ Até que o vínculo contratual do plano de origem seja extinto, o beneficiário deverá pagar regularmente a sua contraprestação pecuniária. A última contraprestação do plano de origem deverá ser proporcional ao número de dias de cobertura do serviço.
- ▶ Na hipótese do parágrafo 2º do artigo 6º da RN 186/09, não poderá haver o recálculo do valor da contraprestação pecuniária dos beneficiários que permanecerem no contrato, sendo admitida apenas a exclusão de eventuais descontos, desde que estejam expressamente previstos em contrato, referentes a cada vínculo extinto.

Contratação familiar, em que o direito à portabilidade de carências não seja exercido por todos os membros do grupo, o contrato será mantido, extinguindo-se o vínculo apenas daqueles que exerceram o referido direito.

### Faixas de preço calculadas a partir das Notas Técnicas de Registro de Produto

- ▶ Os valores da coluna T das Notas Técnicas de Registro de Produto serão categorizados em cinco faixas de preço, que serão calculadas a partir da sua distribuição estatística.
- ▶ Os valores dos planos de origem e de destino serão enquadrados em uma das cinco faixas de preços obtidas.
- ▶ Quando o registro de produto do plano de origem estiver “ativo”, sua faixa de preço será comparada com a faixa de preços do plano de destino, conforme relatório válido entregue na data da assinatura da proposta de adesão ao último.
- ▶ Quando o contrato do plano de origem for adaptado ou quando o seu registro de produto estiver em situação “ativo com comercialização suspensa”, o valor da contraprestação pecuniária constante do boleto pago pelo beneficiário no plano de origem será enquadrado em uma faixa de preço, de acordo com a faixa etária do beneficiário, e esta faixa de preço será comparada com a faixa de preço do plano de destino.
- ▶ Para os planos exclusivamente odontológicos considera-se na mesma faixa de preços o plano de destino cuja contraprestação pecuniária seja menor ou igual à contraprestação pecuniária do plano de origem, não se aplicando as disposições gerais deste normativo.

### Consulta aos planos enquadrados em tipo compatível

- ▶ O beneficiário poderá consultar os planos compatíveis em aplicativo a ser disponibilizado no *site* da ANS.
- ▶ O aplicativo emitirá relatório contendo o plano enquadrado, na data da consulta, em tipo compatível para a portabilidade de carências.
- ▶ Para fins de compatibilização entre os planos, o relatório terá validade até às 24 horas do dia posterior à sua emissão, devendo ser aceito pela operadora do plano de destino se apresentado dentro deste prazo.
- ▶ A apresentação do relatório extraído do aplicativo com as informações sobre o plano enquadrado em tipo compatível é requisito para o exercício da portabilidade de carências.
- ▶ Na impossibilidade de impressão do relatório pelo beneficiário, a operadora do plano de destino deverá imprimi-lo.
- ▶ A apresentação do relatório não dispensa o beneficiário do atendimento a todos os requisitos previstos na RN 186/09 e nesta IN.

**Vigência:** 16.04.2009

**Revogação:** não há ▲



## Portal corporativo

### RN 190, de 30.04.2009

#### Portal corporativo na internet e Padrão TISS

O presente normativo dispõe sobre o padrão obrigatório para adoção de portais corporativos na internet pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sobre a designação de um profissional técnico responsável pela troca de informações em saúde suplementar aos eventos prestados aos beneficiários.

As operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão disponibilizar na internet um portal corporativo para seus beneficiários e prestadores de serviço, disponível 24 horas por dia, sete dias por semana.

A operadora deve dar publicidade a seus beneficiários e à rede credenciada, por intermédio de qualquer meio que assegure a ciência dos destinatários, sobre o endereço do portal corporativo na internet dentro dos prazos determinados nesta Resolução.

- ▶ O descumprimento da obrigação mencionada acima ensejará a aplicação do artigo 74 da RN 124/06:  
Deixar de comunicar aos consumidores as informações estabelecidas em lei ou pela ANS:

**Sanção** – advertência;

**Multa** – R\$ 25.000,00.

O portal corporativo na internet deve disponibilizar duas áreas para acesso, da seguinte forma:

- para seus beneficiários; e
- para a rede credenciada.

O portal corporativo em sua área destinada aos beneficiários deverá disponibilizar as seguintes informações:

- a relação de produtos comercializados pela operadora, de forma atualizada, contendo:
  - nome comercial do produto;
  - abrangência geográfica;
  - número de registro do produto; e
  - segmentação assistencial;
- a relação da rede credenciada pela operadora, de forma atualizada, contendo:
  - nome do prestador de serviço;
  - tipo de prestador;
  - endereço e telefone de contato do prestador; e
  - os produtos relacionados com o prestador.

O portal, em sua área destinada à rede credenciada da operadora, deverá disponibilizar, de forma atualizada, orientações sobre o processo de implantação do Padrão TISS, denominado “Portal TISS”.

No Portal TISS, deverão estar disponíveis, considerando todos os requisitos de segurança estabelecidas na RN 153/07 (vide *RP Insurance News* mai/07), no mínimo:

- os manuais de preenchimento e as instruções do Padrão TISS;
- as informações para dúvidas e esclarecimentos, incluindo aquelas dispostas nesta Resolução;
- a entrada de dados para o processo de elegibilidade e o faturamento do Padrão TISS;
- os mecanismos de recepção das guias e a entrega dos demonstrativos de retorno;
- o endereço para *webservices* disponibilizados pela operadora; e
- o atalho para acesso ao conteúdo sobre o Padrão TISS disponibilizado pela ANS.

Todo o processo de implantação e utilização do Padrão TISS deverá ficar sob a responsabilidade de profissional técnico da operadora, especificamente designado para facilitar, agilizar e coordenar os atendimentos à rede prestadora de serviços, que atuará como intermediador entre a operadora e o prestador de serviço, nas áreas de análises de contas e faturamento, bem como na área de informática.

O profissional técnico será denominado Coordenador de Troca de Informações em Saúde Suplementar – Coordenador TISS.

O Coordenador TISS designado deverá ser capaz de dialogar com a rede prestadora de serviços e conhecer profundamente os modelos de padrões estabelecidos, quais sejam:

- conteúdo e estrutura;
- representação de conceitos em saúde;
- comunicação; e
- segurança e privacidade.

A operadora deverá disponibilizar no Portal TISS o nome do Coordenador TISS e de seu suplente, com informações para contato telefônico e por correio eletrônico.

A operadora deverá comunicar à ANS a indicação do Coordenador TISS e de seu suplente através de ofício encaminhado à Gerência-Geral de Integração com o SUS (GGSUS) da Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES). O prazo para a comunicação é até 31.08.2009.

► O descumprimento das obrigações previstas ensejará a aplicação do artigo 44 da RN 124/06:

Deixar de cumprir as normas relativas ao padrão essencial obrigatório para as informações trocadas entre operadoras e prestadores de serviços de saúde, sobre o atendimento prestado a seus beneficiários:

**Sanção** – advertência;

**Multa** – R\$ 35.000,00.

A implantação do portal pela operadora será adotada de forma gradual, observando os seguintes prazos máximos, contados da data de entrada em vigor desta Resolução.

#### Para operadoras médico-hospitalares com ou sem planos odontológicos:

- acima de 100.000 beneficiários: 3 meses;
- entre 10.000 a 99.999 beneficiários: 6 meses; e
- entre 1 a 9.999 beneficiários: 12 meses.

#### Para operadoras exclusivamente odontológicas:

- acima de 20.000 beneficiários: 3 meses;
- entre 5.000 a 19.999 beneficiários: 6 meses; e
- entre 1 a 4.999 beneficiários: 12 meses.

A RN 190 também trouxe uma alteração na RN 124/06.

Alterada RN 124/06	Atual RN 190/09
<p>Deixar de cumprir as normas relativas ao padrão essencial obrigatório para as informações trocadas entre operadoras e prestadores de serviços de saúde, sobre o atendimento prestado a seus beneficiários:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sanção – advertência;</li> <li>• Multa de R\$ 35.000,00.</li> </ul>	<p>Deixar de cumprir as normas relativas ao padrão essencial obrigatório para as informações trocadas entre operadoras e prestadores de serviços de saúde, sobre o atendimento prestado a seus beneficiários:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sanção – advertência;</li> <li>• Multa de R\$ 35.000,00.</li> </ul> <p><b>Aplica-se também na hipótese de descumprimento dos artigos 2º; 4º e parágrafo único; 5º e 12 da RN 190/09.</b></p>

**Vigência:** 06.05.2009

**Revogação:** não há ▲

## Registro de produtos

### IN DIPRO 23, de 01.12.2009

#### Procedimentos de registro de produtos

Dispõe sobre os procedimentos do Registro de Produtos, previstos na RN 85/04.

Para obtenção do registro de produto, é necessário o envio das informações previstas na RN 85/04, e suas posteriores alterações, pelo aplicativo Registro de Planos de Saúde (RPS), na última versão disponível no endereço eletrônico [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br), e o encaminhamento dos seguintes documentos:

- documento de solicitação de registro de produto, assinado e com identificação do representante da operadora junto à ANS, contendo o Nome Comercial do(s) produto(s) informado(s) no aplicativo; e
- comprovante de incorporação de informações emitido na “Verificação de Incorporação de Dados”, no *site* [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br).

A documentação incompleta ou em desacordo com os itens acima será devolvida para que a operadora regularize no prazo de até 30 dias, após a comunicação, contados do recebimento.

Após a incorporação de dados, a análise das características informadas e da documentação encaminhada, serão verificados os seguintes requisitos para a concessão do registro de produto:

- a existência de plano-referência na situação de Ativo para comercialização, no mesmo tipo de contratação, quando obrigatório o seu oferecimento; ou
- a existência de plano com formação de preço pré-estabelecido na situação de Ativo para comercialização, no mesmo tipo de contratação, quando se tratar de solicitação de registro de um plano odontológico com formação de preço misto.

Verificada a conformidade de todos os aspectos será concedido o registro de produto, cujo número também estará disponível no *site* [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) em “acompanhamento de solicitações”.

A operadora deverá obrigatoriamente entregar ao contratante cópia do Contrato/Regulamento contendo os temas do Instrumento Jurídico cadastrados na ANS de acordo com as orientações do Manual de Elaboração de Contrato, Anexo I desta IN de mesmo teor do Anexo II da IN DIPRO 22/09 (vide *RP Insurance News* out/09).

Todos os planos registrados serão objeto de monitoramento. Irregularidade em tema do instrumento jurídico, rede assistencial ou econômico-financeira na operação do produto, ensejará a suspensão temporária do registro para fins de comercialização ou disponibilização, bem como de todos os registros de produtos que apresentarem a mesma irregularidade, até que seja corrigida, conforme disposto na RN 85/04, e suas posteriores alterações.

- ▶ A operadora será notificada para alteração de condições de operação do produto ou o envio de esclarecimentos, no prazo de 30 dias contados da data de sua notificação.

O pedido de cancelamento de registro de produtos deverá observar o disposto na RN 85/04, e suas posteriores alterações, bem como o previsto nesta IN, devendo ser encaminhado por meio de documento assinado pelo representante da operadora junto à ANS.

A análise de pedido de cancelamento de registro de produtos observará:

- inexistência de beneficiário vinculado, verificada na base de dados atualizada do SIB; e
  - existência de pelo menos um registro de plano-referência para o tipo de contratação solicitada. Esta situação será desconsiderada, quando a análise for etapa precedente ao cancelamento da autorização de funcionamento e do registro da operadora.
- ▶ Submetem-se a essas IN todos os produtos registrados, independente da data de concessão.
  - ▶ Os produtos com contratação coletiva deverão observar as disposições quanto à atualização do instrumento jurídico estabelecidas na IN 22/09.

As operadoras que não complementaram os dados de seus produtos com registro provisório, de acordo com as exigências da RN 85/04, e suas posteriores alterações, deverão fazê-lo, através do aplicativo Adequação do Registro de Planos de Saúde (ARPS), antes de iniciarem o processo para conformação do instrumento jurídico, conforme previsto nesta IN.

- O não-cumprimento do disposto acima ensejará a suspensão da comercialização do produto ou o cancelamento do registro de produto.
- ▶ Os anexos I, II, II-A, III, IV e IV-A estarão disponíveis na página da ANS, para consulta e cópia, no endereço eletrônico [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br).

**Vigência:** 01.01.2010

**Revogações:** INs DIPRO 15/07 e 17/08 ▲

## Sistema de informações de beneficiários

### RN 187, de 09.03.2009

#### Geração, transmissão e controle de dados cadastrais

A presente Resolução estabelece normas para a geração, transmissão e controle de dados cadastrais de beneficiários do Sistema de Informações de Beneficiários da ANS (SIB/ANS).

- ▶ As operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão enviar para a ANS os dados cadastrais de todos os seus beneficiários, na forma da Resolução 187, de seu anexo e de regulamentação específica a ser editada pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES).
- ▶ Os dados cadastrais de beneficiários deverão ser enviados mensalmente para a atualização da base dados do SIB/ANS. O envio para a ANS será efetuado somente por meio de aplicativo do SIB/ANS.
- ▶ Até o dia cinco de cada mês, as operadoras deverão enviar informações de beneficiários referentes às atualizações cadastrais ocorridas até o último dia do mês imediatamente anterior.
- ▶ O envio de arquivos de atualização de dados de beneficiários poderá ser feito diariamente durante o período compreendido entre o dia seis do mês corrente até o dia cinco do mês imediatamente posterior.
- ▶ Será obrigatório o envio dos dados cadastrais de beneficiários para a ANS até 60 dias depois de concedido o registro de operadora. Nos meses subsequentes, somente as atualizações de dados cadastrais de beneficiários deverão ser informadas pelas operadoras.
- ▶ As operadoras que não possuem beneficiários em seu cadastro, respeitando o disposto nas normas de manutenção de registro de produtos emitidas pela ANS, deverão informar mensalmente a referida situação a ANS.

O ciclo de atualização cadastral do SIB/ANS compreende:

- o envio mensal pelas operadoras dos arquivos de atualização de dados de beneficiários por meio do aplicativo do SIB/ANS;
- a geração e divulgação pelo SIB/ANS do protocolo de transmissão dos arquivos de atualização de dados cadastrais de beneficiários enviados pelas operadoras para a ANS;
- o processamento pelo SIB/ANS dos arquivos de atualização de dados de beneficiários enviados pelas operadoras para a ANS;
- a geração e divulgação pelo SIB/ANS do protocolo de atualização cadastral, com o relatório de resultado do processamento dos arquivos de atualização de dados de beneficiários cadastrais enviados pelas operadoras para a ANS;
- a retirada do protocolo de atualização cadastral por meio de aplicativo SIB/ANS pelas operadoras;
- a geração e divulgação pelo SIB/ANS do arquivo de devolução, com o detalhamento dos erros encontrados nos conteúdos dos arquivos de atualização de dados de beneficiários enviados pelas operadoras para a ANS; e
- a retirada do arquivo de devolução pelas operadoras, quando o protocolo de atualização cadastral apontar erros nos conteúdos dos arquivos de atualização de dados de beneficiários enviados pelas operadoras para a ANS.

O protocolo de atualização cadastral estará disponível no aplicativo do SIB/ANS no prazo de cinco dias, contado da recepção dos arquivos de atualização enviados pelas operadoras para a ANS. As operadoras deverão retirar o protocolo de atualização cadastral, que será o único comprovante de atualização mensal de informações cadastrais de beneficiários na ANS.

Neste mesmo prazo também estarão disponíveis os arquivos de devolução, com o detalhamento dos erros encontrados nos conteúdos dos arquivos de atualização de dados anteriormente enviados.

As operadoras deverão corrigir os erros identificados no relatório do protocolo de atualização cadastral até a atualização mensal subsequente.

As informações cadastrais de beneficiários constam do anexo a esta Resolução e as formas de preenchimento serão detalhadas em regulamentação específica a ser editada pela DIDES.

As informações cadastrais de beneficiários ativos, enviadas para a ANS em data anterior a este normativo, deverão ser adequadas.

O não fornecimento, o fornecimento incompleto, a não atualização dos dados cadastrais ou omissões das informações de beneficiários nos prazos estabelecidos na Resolução 187, bem como o fornecimento de informações falsas ou fraudulentas constituem infrações previstas na RN 124/06.

A partir do dia 05.12.2009 as novas versões do aplicativo do SIB/ANS não contemplarão os módulos de cadastramento e de geração de arquivo texto, mantendo-se ativos os módulos de validação e de transmissão de arquivos.

As operadoras que utilizarem os módulos de cadastramento e geração de arquivo texto após esta data, serão responsáveis pela implementação, manutenção e funcionamento desses módulos.

- ▶ As operadoras registradas na ANS como administradoras ficarão dispensadas do cumprimento das normas estabelecidas nesta Resolução.

**Vigência:** 15.04.2009

**Revogação:** RN 88/05 ▲

## IN DIDES 35, de 03.04.2009, e IN DIDES 39, de 26.11.2009 Sistema de Informações de Beneficiários

Dispõe sobre os procedimentos operacionais para encaminhamento de informações do cadastro de beneficiários das operadoras de planos privados de assistência à saúde para o Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar SIB/ANS.

Os procedimentos operacionais para encaminhamento de informações cadastrais de beneficiários das operadoras de planos privados de assistência à saúde para a ANS, assim como as eventuais atualizações e adequações, observarão, quanto à geração, validação e transmissão de arquivos, o disposto na RN 187/09 (vide *RP Insurance News* mar/09), e nesta IN.

Os campos de dados relacionados no Anexo da RN 187/09, devem ser preenchidos pelas operadoras obedecendo às regras de preenchimento, especificações de formato e de posicionamento descritos nesta IN e em seus Anexos.

As orientações para utilização do aplicativo do SIB/ANS estão descritas no Anexo I, sendo que o padrão de envio das informações encontra-se descrito no Anexo II desta IN e o Anexo III trata do calendário de eventos de encaminhamento de dados cadastrais de beneficiários e de retirada de arquivos de devolução e conferência.

- ▶ A partir do dia 05.12.2009, as novas versões do aplicativo do SIB/ANS não contemplarão os módulos de cadastramento e de geração de arquivo texto, mantendo-se ativos os módulos de validação e de transmissão de arquivos.

### Regras gerais sobre o envio de dados cadastrais ao SIB/ANS

O processo de encaminhamento das informações cadastrais dos beneficiários, bem como as respectivas atualizações mensais, observarão o calendário de eventos do Anexo III desta Instrução Normativa e o que se segue.

- Na primeira transmissão, as operadoras deverão enviar para a ANS arquivo de atualização de dados contendo as informações cadastrais da totalidade de beneficiários ativos existentes em sua carteira ou a informação de inexistência de beneficiários.
- Nas transmissões mensais subsequentes, as operadoras deverão enviar arquivo de atualização de dados contendo as informações de atualização mensal, informando apenas as inclusões, alterações ou correções de dados cadastrais, exclusões e reinclusões de beneficiários ocorridas na respectiva competência mensal ou a informação de inexistência das mesmas.
- O envio do arquivo mensal de atualização de dados de informação de beneficiários é obrigatório para todas as operadoras com registro ativo na ANS.

Finalizada a transmissão com êxito, será disponibilizado protocolo, com as informações sobre o envio do arquivo de atualização de dados, especificando que a operação de transmissão foi realizada com sucesso.

Após a recepção do arquivo de dados, a ANS processará os arquivos, realizando um conjunto de críticas em relação ao formato e conteúdo dos registros de dados, o que pode ocasionar a não aceitação, no todo ou em parte, dos registros de inclusão, alteração, correção, exclusão ou reinclusão dos dados de um ou mais beneficiários.

As informações cadastrais de beneficiários ativos enviadas para a ANS em data anterior à vigência desta IN que não estiverem em conformidade com o determinado no Anexo da RN 187/09, e nos Anexos da presente IN deverão ser atualizadas até o envio dos dados referentes à competência de dezembro de 2009.

### **Padrão de transmissão de dados do SIB/ANS**

As informações cadastrais de beneficiários titulares e dependentes, bem como as suas respectivas atualizações mensais, deverão ser encaminhadas em arquivo magnético pelas operadoras para a ANS, utilizando para tal exclusivamente o aplicativo de validação e transmissão de dados do SIB/ANS.

### **Código de Controle Operacional (CCO)**

Fica instituído o Código de Controle Operacional (CCO) do registro de dados de beneficiários, gerado e controlado pela ANS, a ser utilizado no gerenciamento do registro de dados, estando seus procedimentos operacionais descritos nos Anexos desta IN.

- ▶ Para cada registro existente no cadastro de beneficiários da ANS será gerado um único CCO, que será a identificação unívoca do registro de dados no SIB/ANS.
- ▶ Todos os registros da base cadastral da operadora no cadastro de beneficiários do SIB/ANS receberão o CCO e será gerado um Arquivo de Conferência específico para informar às operadoras o CCO atribuído para cada registro.
- ▶ No ato da inclusão do novo registro de dados do beneficiário no cadastro de beneficiários do SIB/ANS será gerado o CCO pela ANS, que será disponibilizado às operadoras de planos privados de assistência à saúde por meio do arquivo de devolução.
- ▶ A cada movimento de alteração, correção, exclusão ou reinclusão, a operadora de planos deverá informar o CCO referente ao registro de dados.

### **Casos em que a ANS intervirá nos Registros de Dados**

Cabe às operadoras de planos privados de assistência à saúde a responsabilidade de manter os dados dos beneficiários atualizados, corretos e fidedignos no cadastro do SIB/ANS, conforme disposto no artigo 20 da Lei 9.656/98 e no artigo 7º da RN 187/09.

Em casos excepcionais, quando houver determinação expressa em Processo Administrativo, a ANS realizará a mudança da condição do registro de dados dos beneficiários da operadora, procedendo à exclusão de seus beneficiários, sem, no entanto, modificar o conteúdo dos demais campos de dados referentes ao registro.

A critério da ANS, pode-se adotar rotina para que a ANS proceda à transferência dos registros de dados de beneficiários, nos casos de transferência de carteiras entre operadoras de planos privados de assistência à saúde.

### Arquivo de conferência do SIB/ANS

A operadora solicitará, por meio de aplicativo do SIB/ANS, o arquivo de conferência que indicará a situação atualizada de todos os dados cadastrais de beneficiários da operadora, ativos e inativos, processados com êxito pela ANS.

O arquivo de conferência identifica as incorreções e omissões de informações existentes na base cadastral da operadora informada no cadastrado de beneficiários do SIB/ANS.

A geração do arquivo de conferência ocorrerá em até cinco dias a partir da solicitação, limitando-se à geração e à disponibilização de um arquivo de conferência por operadora, por competência de envio.

As orientações acerca do formato do arquivo de conferência encontram-se descritas no Anexo II desta IN.

- ▶ O Histórico de Versões do aplicativo SIB/ANS é o instrumento para a atualização do SIB/ANS e demais procedimentos envolvidos no ciclo de atualização cadastral.
- ▶ Até o dia 05.07.2009, as operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão optar pelo envio dos dados por meio do aplicativo do SIB/ANS, no padrão definido no Anexo II desta IN, ou no formato definido no Anexo III da IN DIDES 18/05, acrescida das implementações constantes da versão 2.1.3 do SIB/ANS ou suas sucedâneas.
- ▶ A partir do dia 06.07.2009, as operadoras que utilizam o aplicativo do SIB para cadastramento de beneficiários, geração e validação de arquivos para transmissão deverão utilizar a versão 3.0 ou suas sucedâneas.
- ▶ Até 05.12.2009, as informações cadastrais de beneficiários ativos enviadas para a ANS em data anterior a esta IN deverão ser adequadas ao estabelecido nessa Instrução e em seus anexos.

### Arquivo de devolução do SIB/ANS

Depois de processadas as informações de beneficiários, a ANS disponibilizará às operadoras de planos privados de assistência à saúde, em até cinco dias, o arquivo de devolução (DVL), por meio de aplicativo do SIB/ANS, que registrará:

- aceitação do formato do arquivo de atualização;
- detalhamento dos erros encontrados nos conteúdos dos registros.

Quando o arquivo de atualização enviado para a ANS não obedecer à formatação definida no Anexo II, será gerado de imediato um arquivo de devolução correspondente, informando a não conformidade com a formatação exigida, caracterizando como não envio da informação.

Os erros eventualmente identificados no processamento dos arquivos de atualização e registrados nos arquivos de devolução correspondentes deverão ser corrigidos e encaminhados para a ANS, em arquivo referente à atualização mensal na mesma competência ou, no máximo, até a competência subsequente.

As orientações acerca do formato do arquivo de devolução encontram-se descritas no Anexo II.

Os Anexos desta IN estarão disponíveis para consulta e cópia na página da internet [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br).

A IN DIDES 39 faz uma alteração na IN DIDES 35 o normativo supracitado.

Alterada IN 35	Em vigor IN 39
<p>As informações cadastrais de beneficiários ativos enviadas para a ANS em data anterior à vigência desta IN que não estiverem em conformidade com o determinado no Anexo da RN 187/09, e nos Anexos da presente IN deverão ser atualizadas até o envio dos dados referentes à competência de dezembro de 2009.</p>	<p>As informações cadastrais de beneficiários ativos enviadas para a ANS em data anterior à vigência desta IN que não estiverem em conformidade com o determinado no Anexo da RN 187/09, e nos Anexos da presente IN deverão ser atualizadas até o envio dos dados referentes à competência de dezembro de 2009, <b>que ocorrerá até o dia 05 de janeiro de 2010.</b></p>
<p>Até <b>05 de dezembro de 2009</b>, as informações cadastrais de beneficiários ativos enviadas para a ANS em data anterior a esta IN deverão ser adequadas ao estabelecido nessa Instrução e em seus anexos.</p>	<p>Até <b>05 de janeiro de 2010</b>, as informações cadastrais de beneficiários ativos enviadas para a ANS em data anterior a esta IN deverão ser adequadas ao estabelecido nessa Instrução e em seus anexos.</p>

#### Vigências

IN DIDES 35: 15.04.2009

IN DIDES 39: 03.12.2009

#### Revogações

IN DIDES 35: INs DIDES 15/06, 25/07 e 18/05, ressalvando-se o disposto no artigo 20 desta IN

IN DIDES 39: não há ▲

## Sistema de informações de produtos

### RN 205, de 08.10.2009 – Envio de informações

Estabelece novas normas para o envio de informações do Sistema de Informações de Produtos (SIP), a partir do período de competência do 1º trimestre de 2010.

- ▶ A partir do período de competência do 1º trimestre de 2010, as operadoras que mantêm planos de assistência médico-hospitalar com ou sem assistência odontológica e as operadoras exclusivamente odontológicas devem enviar informações assistenciais nos itens previstos na IN DIPRO 21.
- ▶ O envio do SIP é obrigatório para todas as operadoras de planos de saúde com registro ativo na ANS.
- ▶ Ficam dispensadas do envio as operadoras de planos de saúde classificadas como administradoras de benefícios. As operadoras de planos de saúde deverão utilizar a versão *Extensible Markup Language (XML)*, criada especificadamente para o envio do SIP/ANS.

As informações de que trata a Instrução Normativa são referentes aos beneficiários da operadora de planos de saúde com direito a usufruir da assistência à saúde no item assistencial em questão, durante o período correspondente.

As informações assistenciais, reconhecidas no trimestre, devem ser alocadas por tipo de contratação do plano, unidade federativa de ocorrência dos eventos e trimestre de ocorrência dos eventos.

As operadoras de planos de assistência médico-hospitalar com até 49.999 beneficiários e as operadoras de planos de assistência exclusivamente odontológica com até 19.999 beneficiários estão dispensadas do envio por unidade federativa de ocorrência dos eventos.

As operadoras médico-hospitalares são as que comercializam os planos que apresentam uma ou algumas das segmentações referência, ambulatorial e hospitalar, com ou sem obstetrícia, com ou sem cobertura odontológica.

As informações devem ser enviadas até o último dia útil do segundo mês subsequente ao período informado, considerando os seguintes períodos:

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

As informações relativas ao primeiro trimestre de 2010 poderão ser enviadas até 31 de agosto de 2010.

- ▶ O envio do SIP à ANS não exige as operadoras de planos de saúde da obrigação de apresentar documentação comprobatória da veracidade das informações prestadas, bem como de quaisquer outros documentos e informações que a ANS vier a requisitar.
- ▶ A inobservância ao disposto nesta Resolução sujeitará o infrator às penalidades previstas na regulamentação vigente.

O SIP/ANS versão XML e o respectivo manual de orientação estão disponíveis para *download* no *site* da ANS.

**Vigência:** 01.01.2010

**Revogação:** RNs 86/04, 96/05, 141/06 e 152/07 ▲

### IN DIPRO 21, de 08.10.2009 – Envio de informações

A presente Instrução Normativa tem por objetivo regulamentar a RN 205/09, que estabelece normas para o envio de informações do Sistema de Informações de Produtos (SIP), que tem como finalidade acompanhar a assistência de serviços prestada aos beneficiários de planos de saúde.

O Anexo dessa IN apresenta as informações a serem enviadas pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e estará disponível para consulta no *site* da ANS.

O SIP/ANS versão XML e o respectivo manual de orientação estarão disponíveis para *download* no *site* da ANS.

O aplicativo do SIP/ANS versão 3.2.3 estará disponível no *sítio* da ANS até 31.12.2010 para envio, correção e substituição dos arquivos relativos ao período compreendido entre o 1º trimestre/2002 e o 4º trimestre/2009.

**Vigência:** 01.01.2010

**Revogação:** não há ▲

## Troca de informações

### IN DIDES 34, de 13.02.2009, e IN DIDES 38, de 13.11.2009 Terminologia Unificada da Saúde Suplementar

Dispõe sobre a instituição da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS) do Padrão TISS para procedimentos em saúde para a troca de informações entre operadoras de plano privado de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde sobre os eventos assistenciais realizados aos seus beneficiários.

As operadoras de plano privado de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde deverão obrigatoriamente adotar a TUSS para codificação de procedimentos médicos.

A Associação Médica Brasileira (AMB) é a entidade responsável por definir a codificação e terminologia dos itens da TUSS para procedimentos médicos, como dar manutenção e publicidade à mesma, após aprovação da ANS e do Comitê de Padronização de Informações em Saúde Suplementar (COPISS).

Considera-se alterado o item “1.5 – Tabelas” da tabela de domínio do Padrão de Troca de Informações em Saúde Suplementar, constante no Anexo II da IN 29/08, mantendo-se todas as outras não mencionadas nesta Instrução. As operadoras de plano privado de assistência à saúde e os prestadores de serviços de saúde deverão obrigatoriamente adotar a tabela 1.5 descrita no Anexo desta Instrução.

A TUSS será adotada de forma gradual.

- ▶ As operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão apresentar a TUSS para procedimentos em saúde à sua rede credenciada até 30.06.2009.
- ▶ Enquanto a apresentação mencionada no item anterior não for efetivada, o prestador de serviço de saúde credenciado não poderá enviar as guias no padrão TISS com os códigos TUSS sem que haja prévio acordo com a operadora de plano privado de assistência à saúde.
- ▶ Apresentada a TUSS para procedimentos em saúde, os prestadores de serviço de saúde terão 90 dias para adaptar suas guias TISS. Após este prazo, a operadora de plano privado de assistência à saúde poderá se recusar a receber a guia TISS caso esta não esteja codificada de acordo com a TUSS.
- ▶ As operadoras de planos privados de assistência à saúde e os prestadores de serviços de saúde que já utilizam a tabela baseada na TUSS não deverão alterar os seus processos.

A IN DIDES 38 traz alterações na IN DIDES 34.

As operadoras de plano privado de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde deverão obrigatoriamente adotar a **TUSS, versão 1.01**, para codificação de procedimentos médicos.

O Anexo, com a nova versão da tabela TUSS, estará disponível para consulta e cópia na página da internet [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br).

As operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão apresentar a TUSS para procedimentos médicos à rede credenciada até:

**Prazo alterado:**

**30.06.2009**

**Prazo em vigor:**

**16.02.2010**

#### Vigências

IN DIDES 34: 19.02.2009

IN DIDES 38: 18.11.2009

#### Revogações

IN DIDES 34: IN DIDES 30/08

IN DIDES 38: não há ▲



# índice cronológico de normativos

Nota: as regulamentações comentadas nesta edição recebem o símbolo **C**, posposto a sua respectiva identificação, com *link* à página onde se encontra.

## CNSP

### Ato

**18, de 02.07.2009** **C**

Prorroga o prazo previsto no Ato 17/08.

### Resoluções

**203, de 27.04.2009** **C**

Dispõe sobre o limite máximo de cessão a resseguradores eventuais, de que trata o art. 1º do Decreto 6.499/08, e altera o *caput* do artigo 37 da Resolução 168/07.

**204, de 28.05.2009**

Altera dispositivos das Resoluções 162/06 e 195/08, e dá outras providências.

**205, de 18.11.2009** **C**

Dispõe sobre o seguro habitacional e dá outras providências.

**206, de 17.12.2009** **C**

Altera o parágrafo único do art. 49 da Resolução 168/07.

**207, de 17.12.2009** **C**

Dispõe sobre o prazo de vencimento para o pagamento do prêmio do Consórcio que inclui as categorias 3 e 4 do Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, ou por sua Carga, a Pessoas Transportadas ou Não – Seguro DPVAT.

## SUSEP

### Circulares

#### **381, de 08.01.2009**

Estabelece procedimentos para o encaminhamento de informações relativas aos Seguros Singulares, revoga o Capítulo IV e o Anexo II da Circular 265/04, e dá outras providências.

**(Alterada pela Circular 391, comentada nesta edição.)**

#### **382, de 16.01.2009**

Altera as Condições Especiais e Particulares dos Riscos de Morte e de Invalidez Permanente e as Normas e Rotinas, aplicáveis à Cobertura Compreensiva Especial do Seguro Habitacional do Sistema Financeiro da Habitação (SH/SFH), divulgadas pela Circular 111/99.

#### **383, de 28.01.2009**

Altera a Circular 370/08.

#### **384, de 25.06.2009**

Altera a Circular 376/08.

#### **385, de 29.06.2009**

Dispõe sobre alterações das normas contábeis, a serem observadas pelas sociedades seguradoras, resseguradoras, sociedades de capitalização e entidades abertas de previdência complementar, instituídas pela Resolução 86/02.

#### **386, de 05.08.2009**

Dispõe sobre a obrigatoriedade das sociedades seguradoras realizarem a cobertura das provisões técnicas correspondentes a sua participação nas operações dos Consórcios DPVAT de forma segregada das demais operações.

#### **387, de 26.08.2009**

Inclui parágrafo único ao art. 6º da Circular 379/08.

#### **388, de 08.09.2009**

Altera as Condições Particulares para os Riscos de Morte e de Invalidez Permanente e as Normas e Rotinas aplicáveis à Cobertura Compreensiva Especial da Apólice de Seguro Habitacional do Sistema Financeiro da Habitação (SH/SFH), divulgadas pela Circular 111/99.

**389, de 23.09.2009** 

Altera a Circular 269/04.

**390, de 28.09.2009**

Altera a Circular 328/06 e revoga a Circular 377/08, reajustando a remuneração de Liquidante, Interventor e Diretor-Fiscal das Sociedades autorizadas a funcionar pela SUSEP.

**391, de 16.10.2009** 

Altera a Circular 381/09.

**392, de 16.10.2009** 

Dispõe sobre procedimentos operacionais para emissão de seguro em moeda estrangeira e para contratação de seguro no exterior, e dá outras providências.

**393, de 16.10.2009** 

Altera e consolida as instruções complementares para operação do Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, ou por sua Carga, a Pessoas Transportadas ou Não – Seguro DPVAT.

**394, de 30.10.2009** 

Inclui parágrafo 7º ao art. 2º da Circular 251/04, que dispõe sobre a aceitação da proposta e sobre o início de vigência da cobertura, nos contratos de seguros.

**395, de 03.12.2009** 

Estabelece a codificação dos ramos de seguro e dispõe sobre a classificação das coberturas contidas em planos de seguro, para fins de contabilização.

**396, de 10.12.2009** 

Altera a Circular 365/08.

**397, de 14.12.2009** 

Dispõe sobre o Sistema Público de Escrituração Digital (SPED).

**398, de 21.12.2009** 

Dispõe sobre as normas contábeis que deverão vigorar, a partir de 2010, e sobre a apresentação dos Formulários de Informações Periódicas (FIPs) relativos a esse exercício.

## Cartas-Circulares

### **DECON 01, de 02.02.2009**

Dispõe sobre a elaboração das demonstrações contábeis referentes ao exercício de 2008 e esclarecimento da Carta Circular 379/08.

### **DECON 02, de 08.06.2009**

Dispõe sobre o encaminhamento de informações à 10ª Vara do Trabalho do Rio de Janeiro, relativas às vendas agenciadas pelo Senhor Adeylton Nobre Rodrigues, no período de abril a outubro de 2004.

### **DECON 03, de 30.06.2009**

Dispõe sobre o encaminhamento de informações à 2ª Vara de Família do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro relativas às comissões pagas ao corretor Sergio Augusto Caldeira, nos últimos seis meses.

### **DEFIS 27, de 08.12.2009**

Dispõe sobre esclarecimentos relativos a Circular 380/08, inclusive quanto ao preenchimento do arquivo para o envio de informações ao COAF.

### **DETEC 01, de 17.06.2009**

Dispõe sobre remuneração do Estipulante.

### **DETEC 02, de 17.08.2009**

Dispõe sobre Planos de Pecúlio e Pensão aos Menores.

### **DETEC 03, de 18.12.2009**

Circular SUSEP 232, de 03 de junho de 2003.

### **GABIN 01, de 13.04.2009**

Questionário para elaboração de Informe e Balanço Social do Mercado Segurador, referente ao ano de 2008.

### **GABIN 02, de 20.04.2009**

Prorrogação do prazo para o preenchimento do questionário do Balanço Social do Mercado Segurador, referente ao ano de 2008.

## Deliberações

### **133, de 18.02.2009**

Transferência de cargo da estrutura interna.

### **134, de 06.04.2009**

Transferência de cargo da estrutura interna.

### **135, de 20.04.2009**

Aprova o Código de Ética Profissional do Servidor da SUSEP.

### **136, de 20.04.2009**

Aprova o Regimento Interno da Comissão de Ética Pública da SUSEP.

### **138, de 25.06.2009**

Altera e consolida o Regimento Interno da SUSEP.

### **139, de 14.07.2009**

Reconhece o acompanhamento das iniciativas de educação financeira que integrarão a ENEF, no âmbito dos mercados de seguros, previdência complementar aberta e capitalização, e a coordenação do GT instituído pela Deliberação COREMEC 08/09, como projeto especial da SEGER/COORD/DIPRE, nos termos da alínea “a” do item 2 do inciso I, do artigo 14 da Deliberação 138/09.

## ANS

### Resoluções Normativas (RNs)

#### **186, de 14.01.2009**

Dispõe sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei 9.656/98, e sem a imposição de cobertura parcial temporária.

#### **187, de 09.03.2009**

Estabelece normas para a geração, transmissão e controle de dados cadastrais de beneficiários do Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar (SIB/ANS), e dá outras providências.

#### **188, de 25.03.2009**

Dispõe sobre as instituições denominadas “Centro Colaborador de Ensino e/ou Pesquisa”, e dá outras providências.

**189, de 02.04.2009** 

Altera a RN 85/04 e dá outras providências.

**190, de 30.04.2009** 

Dispõe sobre a criação obrigatória de portal corporativo na Internet pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sobre a designação de profissional responsável pela troca de informações em saúde suplementar (Padrão TISS), referente aos eventos prestados aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, e altera a RN 124/06.

**191, de 08.05.2009** 

Institui o Fundo Garantidor do Segmento de Saúde Suplementar (FGS) pelas Operadoras de Planos de Saúde.

**192, de 02.06.2009**

Dispõe sobre a cobertura aos atendimentos nos casos de planejamento familiar e dá outras providências.

**193, de 10.06.2009**

Altera a RN 139, de 24.11.2006, e a RN 124, de 30.03.2006.

**194, de 13.07.2009**

Dispõe sobre a regulamentação da opção de contratação de plano privado de assistência à saúde de escolha dos beneficiários da Avicena Assistência Médica Ltda., sem a exigência de novos períodos de carência, em cumprimento à decisão judicial que refere.

**195, de 14.07.2009** 

Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

**(Alterada pelas RNs 200 e 204, comentadas nesta edição.)**

**196, de 14.07.2009** 

Dispõe sobre a Administradora de Benefícios.

**197, de 17.07.2009**

Institui o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e dá outras providências.

**198, de 17.07.2009**

Define o quadro demonstrativo de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

**199, de 07.08.2009** 

Dispõe sobre o plano de recuperação e revoga a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC 22/00.

**200, de 13.08.2009** 

Altera as RNs 195/09 e 162/07.

**201, de 17.08.2009**

Altera o artigo 1º da Resolução Normativa - RN 194/09, e dá outras providências.

**202, de 16.09.2009**

Corrige erro material existente no artigo 6º da RN 193/09, que dispõe, em especial, sobre o Programa de Qualificação das Operadoras e sobre a inclusão de dispositivo na RN 124/06.

**203, de 01.10.2009** 

Dispõe sobre os ativos garantidores das administradoras de benefícios.

**204, de 01.10.2009** 

Altera a RN 195/09.

**205, de 08.10.2009** 

Estabelece novas normas para o envio de informações do Sistema de Informações de Produtos (SIP) a partir do período de competência do 1º trimestre de 2010 e dá outras providências.

**206, de 02.12.2009** 

Dispõe sobre a alteração na contabilização das contraprestações e prêmios das operações de planos de assistência à saúde na modalidade de preço pré-estabelecido e altera as RNs 159 e 160, ambas 03.07.2007.

**(Alterada pela RN 208, comentada nesta edição.)**

**207, de 23.12.2009** 

Dispõe sobre a revisão do Plano de Contas Padrão da ANS para as operadoras de planos de assistência à saúde.

**208, de 22.12.2009** 

Altera a RN 206/09, que dispõe, em especial, sobre a alteração na contabilização das contraprestações e prêmios das operações de planos de assistência à saúde na modalidade de preço pré-estabelecido.

**209, de 22.12.2009** **C**

Dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos, Dependência Operacional e constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

**210, de 22.12.2009**

Altera a RN 198/09, que define o quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

## Instruções Normativas – INs

**DIDES 33, de 19.02.2009**

Altera o art. 3º da IN 20/06.

**DIDES 34, de 13.02.2009** **C**

Dispõe sobre a instituição da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS) do Padrão TISS para procedimentos em saúde para a troca de informações entre operadoras de plano privado de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde sobre os eventos assistenciais realizados aos seus beneficiários **(Alterada pelas INs DIDES 36 e 38, comentadas nesta edição.)**

**DIDES 35, de 03.04.2009** **C**

Dispõe sobre os procedimentos operacionais para encaminhamento de informações do cadastro de beneficiários das operadoras de planos privados de assistência à saúde para o Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar (SIB/ANS), revoga as INs DIDES 15, de 04.01.2005, 18, de 30.12.2005, e 25, de 27.04.2007, e dá outras providências. **(Alterada pela IN DIDES 39, comentada nesta edição.)**

**DIDES 36, de 04.06.2009**

Prorroga o prazo previsto no art. 2º, § 1º da IN 34/09.

**DIDES 37, de 16.06.2009**

Dispõe sobre o procedimento eletrônico de ressarcimento ao SUS, previsto no artigo 32 da Lei 9.656/98, e na RN 185/08.

**DIDES 38, de 13.11.2009** **C**

Altera o art. 1º, § 4º da IN 34/09 e prorroga o prazo previsto no art. 2º, § 1º da IN 34/09.

**DIDES 39, de 03.12.2009** **C**

Altera a redação dos artigos 5º e 21 da IN DIDES 35/09.

**DIFIS 09, de 17.04.2009**

Altera a IN 06/07.

**DIGES 03, de 30.04.2009**

Estabelece os procedimentos, critérios e fluxos operacionais para o cadastramento, desenvolvimento e avaliação de projetos a serem desenvolvidos pelas instituições denominadas “Centro Colaborador de Ensino e/ou Pesquisa”, no âmbito da RN 188/09, e dá outras providências.

**DIGES 04, de 12.06.2009**

Dispõe sobre a avaliação de desempenho das operadoras, referente ao ano de 2008, pelo Programa de Qualificação da Saúde Suplementar – Qualificação das Operadoras, da ANS.

**DIGES 05, de 31.07.2009**

Altera a IN DIGES 04/09.

**DIGES 06, de 08.10.2009**

Dispõe sobre a avaliação de desempenho das operadoras, referente ao ano de 2009, pelo Programa de Qualificação da Saúde Suplementar – Qualificação das Operadoras, da ANS, no que tange aos incisos II, III e IV do artigo 22-A da RN 139/06, alterada pela RN 193/09.

**DIGES 07, de 08.12.2009**

Dispõe sobre a avaliação de desempenho das operadoras, referente ao ano de 2009, pelo Programa de Qualificação da Saúde Suplementar – Qualificação das Operadoras, da ANS, no que tange ao inciso I do artigo 22-A da RN 139/06, alterada pela RN 193/09.

**DIOPE 25, de 27.02.2009**

Define regras para contabilização dos orçamentos ou planos de tratamento utilizados pelos planos de assistência à saúde exclusivamente odontológicos, referentes a eventos não contemplados no Rol de Procedimentos estabelecido pela RN 154/07, oferecidos na modalidade de preço pós-estabelecido.

**(Revogada pela IN DIOPE 26, comentada nesta edição.)**

**DIOPE 26, de 30.03.2009**

Define regras para contabilização dos orçamentos ou planos de tratamento utilizados pelos planos de assistência à saúde exclusivamente odontológicos, referentes a procedimentos contratados, contemplados nos instrumentos contratuais como serviços adicionais, nos termos do item 14 do anexo II da RN 85/04.

**DIOPE 27, de 04.06.2009**

Define os ajustes por efeitos econômicos no patrimônio da operadora a ser considerado no critério estabelecido para Margem de Solvência e Patrimônio Mínimo Ajustado (PMA) e revoga as INs DIOPE 22/08 e 23/08.

**(Revogada pela IN DIOPE 35.)**

**DIOPE 28, de 02.06.2009**

Define os aspectos e as informações que devem constar da Nota Técnica de Risco (NTR) para fins de aprovação por parte da DIOPE, conforme o estabelecido no inciso VII do art. 6º da RN 191/09, que institui o Fundo Garantidor do Segmento de Saúde Suplementar (FGS).

**DIOPE 29, de 19.06.2009**

Altera a IN DIOPE 19/08.

**DIOPE 30, de 25.08.2009**

Define os procedimentos a serem observados quando do encaminhamento de Notas Técnicas Atuariais de Provisões para fins de análise e aprovação de metodologias pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras.

**DIOPE 31, de 08.09.2009**

Regulamenta o procedimento de Visita Técnica às Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.

**DIOPE 32, de 11.09.2009**

Regulamenta o procedimento de reconhecimento contábil dos valores referentes à Provisão de Sinistros a Liquidar e Eventos a Liquidar com Operações de Assistência à Saúde.

**DIOPE 33, de 05.10.2009**

Regulamenta o artigo 1º, § 2º da RN 203/09.

**DIOPE 34, de 05.10.2009**

Versa sobre os requisitos e procedimentos para a concessão da autorização de funcionamento das Administradoras de Benefícios, bem como sobre a adequação da classificação das operadoras enquadradas como Administradoras de Planos.

**DIOPE 35, de 07.10.2009**

Define os ajustes por efeitos econômicos no patrimônio da operadora a ser considerado no critério estabelecido para Margem de Solvência e Patrimônio Mínimo Ajustado (PMA) e revoga a IN/DIOPE 27/ 09.

**(Revogada pela IN DIOPE 38, comentada nesta edição.)**

**DIOPE 36, de 22.12.2009** **C**

Regulamenta o disposto no art. 3º da RN 207/09.

**DIOPE 37, de 22.12.2009** **C**

Incorpora à legislação de saúde suplementar as diretrizes dos Pronunciamentos Técnicos emitidos pelo Comitê de Pronunciamentos Contábeis (CPCs) e aprovados pelo Conselho Federal de Contabilidade (CFC), e determina sua observância pelas operadoras de planos de assistência à saúde.

**DIOPE 38, de 28.12.2009** **C**

Define os ajustes por efeitos econômicos no patrimônio da operadora, a ser considerado para fins de Margem de Solvência e Patrimônio Mínimo Ajustado (PMA).

**DIPRO 19, de 03.04.2009** **C**

Dispõe sobre o detalhamento da RN 186/09 e implementa a compatibilidade dos produtos e a faixa de preços para fins de portabilidade de carências.

**DIPRO 20, de 29.09.2009** **C**

Dispõe sobre os instrumentos de orientação aos beneficiários, previstos no artigo 24 da RN 195/09, alterada pela RN 200/09.

**DIPRO 21, de 08.10.2009** **C**

Dispõe sobre as novas informações do Sistema de Informações de Produtos (SIP), a serem enviadas a partir do período de competência do 1º trimestre de 2010.

**DIPRO 22, de 08.10.2009** **C**

Dispõe sobre os procedimentos de atualização do registro de produtos de contratação coletiva, previstos no artigo 27 da RN 195/09, alterada pelas RNs 200/09 e 204/09, e revoga o Anexo I da IN 15/07.

**DIPRO 23, de 01.12.2009** **C**

Dispõe sobre os procedimentos do Registro de Produtos, previstos na RN 85/04, e revoga as INs DIPRO 15/07 e 17/08.

**DIPRO 24, de 10.12.2009**

Dispõe sobre o cadastramento de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças certificados por Instituições Acreditadoras.

## Comunicados da Diretoria Colegiada

### **Comunicado do Diretor Presidente 63, de 24.04.2009**

Comunica que Aviccena Assistência Médica Ltda. é a responsável pela assistência de seus atuais beneficiários, devendo manter integralmente seus contratos.

### **Comunicado do Diretor Presidente 64, de 15.05.2009**

Comunica que a Diretoria Colegiada da ANS deliberou sobre as propostas recebidas na oferta pública das referências operacionais e cadastro de beneficiários da operadora Aviccena Assistência Médica Ltda.

**Regulatory Practice 2010 – Seguros** é uma publicação do Setor de Apoio Regulamentar (SAR) da área de *Financial Services* da KPMG Auditores Independentes  
Rua Dr. Renato Paes de Barros, 33  
04530-904 São Paulo, SP  
Fone (11) 3245-8414  
Fax (11) 3245-8137  
sar@kpmg.com.br

#### **Coordenação:**

José Gilberto M. Munhoz

#### **Equipe Técnica**

Luciana R. Dias de Almeida  
Marco Antonio Pontieri  
Renata de Souza Santos

#### **Design & Produção**

Índice de Comunicação  
índice@indicecomunic.com.br

Este Consolidado objetiva relacionar e destacar pontos dos principais normativos, divulgados em 2009, pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP), pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e pelo Conselho Monetário Nacional (CMN), aplicáveis às Companhias de Seguros, de Capitalização, de Previdência Privada Aberta, Seguradoras Especializadas em Saúde e Operadoras de Planos de Saúde.

Não elimina, assim, a necessidade da leitura da íntegra da norma, para perfeito entendimento e o acompanhamento de toda matéria legal e fiscal publicada no período.

Todas as informações apresentadas neste documento são de natureza genérica e não têm por finalidade abordar as circunstâncias de nenhum indivíduo específico ou entidade. Embora tenhamos nos empenhado em prestar informações precisas e atualizadas, não há nenhuma garantia de sua exatidão na data em que forem recebidas nem de que tal exatidão permanecerá no futuro. Essas informações não devem servir de base para se empreender qualquer ação sem orientação profissional qualificada, precedida de um exame minucioso da situação em pauta.

KPMG e o logotipo KPMG são marcas comerciais e registradas da KPMG International Cooperative (“KPMG International”), uma entidade suíça.

© 2010 KPMG Auditores Independentes, uma sociedade brasileira e firma-membro da rede KPMG de firmas-membro independentes e afiliadas à KPMG International Cooperative (“KPMG International”), uma entidade suíça. Todos os direitos reservados.