

Agosto 2009

SUSEP

Normas Contábeis

Circular 387, de 26.08.2009 – Resseguros

A Circular 379/08 (*vide RP Insurance 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, ou seja, até 19.09.2009, para se adaptar ao disposto nesta Norma

Vigência: 27.08.2009

Revogação: não há ▲

Provisões Técnicas

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 ▲

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 ▲

ANS

Plano de Recuperação

Resolução Normativa – 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: Resolução de Diretoria Colegiada - RDC 22/00 ▲

Nota Técnica Atuarial

Instrução Normativa – 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.

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.

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 Comissão de Valores Mobiliários – 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 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 ▲

Planos Privados de Assistência à Saúde

Resolução Normativa – RN 200, de 13.08.2009 – Contratação

A Resolução Normativa 195/09 (*vide RP Insurance News jul/09*) dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde e regulamenta a sua contratação.

A Resolução Normativa 162/07 (*vide RP Insurance News out/07*) trata de doenças ou lesões preexistentes e cobertura parcial temporária.

A Resolução Normativa 200 traz alterações aos normativos supracitados.

Resolução Normativa 195/09 Alterada	Resolução Normativa 200/09 Em vigor
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.	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, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
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.	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, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.
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.	O pagamento dos serviços prestados pela operadora será de responsabilidade da pessoa jurídica contratante. A regra acima não se aplica às hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98, às operadoras na modalidade de autogestão e aos entes da administração pública direta ou indireta.
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.	A operadora contratada não poderá efetuar a cobrança da contraprestação pecuniária diretamente aos beneficiários. A regra acima não se aplica às hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98 e às operadoras na modalidade de autogestão.

Resolução Normativa 195/09 Alterada	Resolução Normativa 200/09 Em vigor
<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>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"> - As operadoras terão o prazo de até 12 meses, contado da publicação da regulamentação específica, para adequar o registro dos seus produtos. - 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 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. 	<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>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.</p> <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"> - 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. - 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.

Resolução Normativa 162/09 Alterada	Resolução Normativa 200/09 Em vigor
<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, empresariais com menos de 30 beneficiários ou por adesão com qualquer número de beneficiários.</p> <p>Nos planos privados de assistência à saúde, individual ou familiar, ou coletivos, empresariais com menos de 30 beneficiários ou por adesão com qualquer número de beneficiários, 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>Planos privados de assistência à saúde coletivo empresarial com 30 ou mais beneficiários.</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, em que haja previsão de cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária.</p> <p>Nos planos privados de assistência à saúde, individual ou familiar, ou coletivos, em que haja previsão de cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, 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 e a data de formalização do pedido de adesão do beneficiário.</p> <p>Planos privados de assistência à saúde coletivo empresarial em que não seja exigível o cumprimento de cobertura parcial temporária ou agravo.</p>

A RN 195/09 e as alterações promovidas por esta resolução entrarão em vigor em 15.10.2009.

Vigência: 17.08.2009

Revogação: não há ▲

Demais normativos divulgados no período

ANS

Resolução Normativa - RN 201, de 14.08.2009 – Altera o artigo 1º da Resolução Normativa - RN194/09, que dispõe sobre a regulamentação da opção de contratação de plano privado de assistência à saúde de escolha dos beneficiários da Aviccena Assistência Médica Ltda, .sem a exigência de novos períodos de carência, em cumprimento à decisão judicial que refere.

Nota: Esta Resenha objetiva relacionar e destacar pontos dos principais normativos divulgados no período pela SUSEP, pelo CNSP e pela ANS, aplicáveis às Companhias de Seguros, de Capitalização, de Previdência Privada Aberta, à Seguradora Especializada em Saúde e à Operadora de Plano de Saúde. Não elimina, assim, a necessidade da leitura da íntegra da norma, para perfeito entendimento e 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 para 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.

O nome KPMG e o logotipo KPMG são marcas comerciais registradas da KPMG International, uma cooperativa suíça.

© 2009 KPMG Auditores Independentes uma sociedade brasileira e firma-membro da rede KPMG de firmas-membro independentes e afiliadas à KPMG International, uma cooperativa suíça. Todos os direitos reservados.

Regulatory Practice Insurance News - Publicação do S.A.R. - Setor de Apoio Regulamentar - Financial Services

R. Dr. Renato Paes de Barros, 33 04530-904 São Paulo- SP - Fone (11) 3245-8414 - Fax (11) 3245-8070 - e-mail: sar@kpmg.com.br

Coordenação: José Gilberto M. Munhoz

Colaboração e Planejamento visual: Renata de Souza Santos