

Dezembro 2009

SUSEP

Normas Contábeis

**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 ▲

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 Sistema Público de Escrituração Digital – 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 limites 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 ▲

Ramos de Seguro

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; e
- **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 seguintes definições:

- ↳ **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; e
- ↳ **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 o 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;
- ▶ para o 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;
- ▶ para o 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;
- ▶ para o 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;
- ▶ para o 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 a esta 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.

Anterior – 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 responsabilidade civil facultativa e/ou acidentes pessoais de passageiros.	Considera-se, para efeito desta Circular, a carteira de automóveis como o conjunto de planos de seguro de automóveis que forem registrados no Ramo Automóvel – Casco (0531) , com inclusão ou não, de forma conjugada, das coberturas 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.

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:

Anterior – Circular 368/08	Atual – Circular 395/09
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, 26 , 31, 42 ou 53. Os dois primeiros dígitos devem ser preenchidos com o grupo.

Vigência: 07.12.2009

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

Seguro DPVAT

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 ▲

Resseguros

Resolução 208, 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 ▲

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 na Circular supracitada.

Alterada – Circular 365/08	Em vigor – Circular 396/09
<p>Informações obrigatórias</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>Informações obrigatórias</p> <p>As Condições Gerais deverão estabelecer a obrigatoriedade da sociedade de capitalização prestar ao titular da provisão matemática para resgate 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>

Alterada – Circular 365/08	Em vigor – Circular 396/09
<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, salvo para as séries que possuam mais do que um milhão de títulos, 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 ▲

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.

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.

No 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 execução da garantia contratual, para ressarcimento da Administração, e dos valores das multas e indenizações a ela devidos.

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.

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

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 ▲

ANS

CPC

Instrução Normativa – IN DIOPE 37, de 22.12.2009 – Adoção dos Pronunciamentos Contábeis

Esta Instrução incorpora à legislação de saúde suplementar as diretrizes dos Pronunciamentos Técnicos emitidos pelo Comitê de Pronunciamentos Contábeis - 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 seguintes:

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: não menciona

Revogação: não há ▲

Plano de Contas

Resolução Normativa – RN 207, de 23.12.2009 – 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.

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

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

- 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 o disposto na Lei 11.941/09, e na Lei 6.404/76, e suas posteriores alterações.

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

Vigência: 23.12.2009

Revogação: Resoluções Normativas – RN 136/06, 147/07 e 184/08 ▲

Instrução Normativa – IN DIOPE 36, de 22.12.2009 – Revisão do Plano de Contas Padrão

Regulamenta o disposto no art. 3º da Resolução Normativa – RN 207/09, que trata da Revisão do Plano de Contas Padrão

O artigo 3º da RN 184/08 determina que a DIOPE regulamentará os mecanismos a serem observados na utilização do Plano de Contas Padrão.

⇒ O anexo que faz parte desta IN está disponível para consulta e cópia no site da ANS - www.ans.com.br.

Vigência: 23.12.2009

Revogação: Instrução Normativa – IN DIOPE 24/08 ▲

PMA e Margem de Solvência

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

A Resolução Normativa – 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

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.

Os percentuais dos ajustes e os correspondentes valores atualizados do capital base serão divulgados no mês de julho de cada ano, no site da ANS.

Anterior – RN 160/07	Atual – RN 209/09
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.	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. As OPS deverão observar na data de 31.12.2009 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.

- ↳ Os parâmetros do Anexo III desta Resolução deverão ser observadas para apuração da Margem de Solvência.
- ↳ 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.

Anterior – RN 160/07	Atual – RN 209/09
<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, 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.</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>As OPS deverão observar na data de 31.12.2009 a parcela mínima de 24/120 do valor calculado nos termos desta Resolução.</p> <p>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.</p>

Provisões Técnicas
<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>

Alterada – RN 160/07	Em vigor – RN 209/09
<ul style="list-style-type: none"> ● Provisão para Remissão, para garantia das obrigações decorrentes das cláusulas contratuais de remissão das contraprestações pecuniárias referentes à cobertura de assistência à saúde, quando existentes. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar, para garantia de eventos/sinistros já ocorridos, registrados contabilmente e ainda não pagos. ● Provisão para Remissão, para garantia das obrigações decorrentes das cláusulas contratuais de remissão das contraprestações/prêmios referentes à cobertura de assistência à saúde, quando existentes, sendo de constituição obrigatória a partir da data da efetiva autorização.

Alterada – RN 160/07	Em vigor – RN 209/09
<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>Somente serão passíveis de análise e aprovação as NTAPs das OPS que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▷ constituírem as Provisões Técnicas conforme exigido por esta Resolução; ▷ 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 à 100% dos valores calculados pela nova metodologia; ▷ atenderem aos requisitos relativos ao lastro das Provisões Técnicas por Ativos Garantidores conforme regulamentação específica a ser editada pela DIOPE; e ▷ estiverem em dia com a remessa das informações do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Saúde – DIOPS-XML.

- 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.

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:

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

↳ 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.

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.

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

Revogação: RN 160/07, RDC 65/01, RN 14/02, RN 57/03, RN 06/02, IN DIOPE 17/08, IN DIOPE 30/09 e a IN DIOPE 35/09 ▲

Instrução Normativa – 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.

Na apuração do Patrimônio Líquido ou Patrimônio Social para fins de adequação às regras de Recursos Próprios Mínimos - Patrimônio Mínimo Ajustado (PMA) e Margem de Solvência - constantes dos artigos na RN 209, as Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde devem observar, obrigatoriamente, os seguintes ajustes por efeitos econômicos:

Revogada – IN DIOPE 35/09	Em vigor – IN DIOPE 38/09
<p>Adições</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 (<i>vide RP Insurance News out/08</i>); e - receitas operacionais e não operacionais diferidas, efetivamente recebidas. <p>Deduções</p> <ul style="list-style-type: none"> - participações diretas ou indiretas em outras Operadoras e em entidades reguladas pela SUSEP, BACEN e Secretaria de Previdência Complementar - SPC; - créditos tributários decorrentes de prejuízos fiscais de imposto de renda e bases negativas de contribuição social; - despesas de comercialização diferidas; - despesas antecipadas; - ativo não circulante permanente diferido; - ativo não circulante permanente 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 (<i>vide RP Insurance News dez/08</i>); e - custos operacionais e despesas não operacionais diferidas, efetivamente despendidos. 	<p>Adições</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 (<i>vide RP Insurance News out/08</i>); e - receitas operacionais diferidas, efetivamente recebidas. <p>Deduções</p> <ul style="list-style-type: none"> - participações diretas ou indiretas em outras Operadoras e em entidades reguladas pela SUSEP, BACEN e Secretaria de Previdência Complementar - SPC; - créditos tributários decorrentes de prejuízos fiscais de imposto de renda e bases negativas de contribuição social; - despesas de comercialização diferidas; - despesas antecipadas; - ativo não circulante diferido; - 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 (<i>vide RP Insurance News dez/08</i>); e - custos operacionais e diferidos, efetivamente despendidos.

Vigência: 29.12.2009

Revogação: não há ▲

Contabilização

Resolução Normativa – RN 206, de 02.12.2009 e Resolução Normativa – 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 rata dia - 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, 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: bens imóveis , 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.

Vigência RN 206: 01.01.2010

Vigência RN 208: 23.12.2009

Revogação 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

Revogação RN 208: não há ▲

Registro de Produtos

Instrução Normativa – IN DIPRO 23, de 01.12.2009 – Procedimentos de registro de produtos

Dispõe sobre os procedimentos do Registro de Produtos, previstos na Resolução Normativa – 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, 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.

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, e 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 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 Instrução Normativa 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 <http://www.ans.gov.br>.

Vigência: 01.01.2010

Revogação: IN DIPRO 15/07 e IN DIPRO 17/08 ▲

SIB

Instrução Normativa – IN DIDES 39, de 26.11.2009 * – Alteração nos procedimentos operacionais para encaminhamento

*** Este normativo foi divulgado após a emissão da última edição do RP Insurance News, por isso, foi incluído nesta edição.**

A IN DIDES 35 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.

A IN DIDES 39 altera o normativo supracitado.

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

Vigência: 03.12.2009

Revogação: não há ▲

Edital em Audiência Pública

SUSEP

Edital de Audiência Pública 05, de 17.12.2009 – Seguro DPVAT

Resolução, a ser submetida posteriormente ao Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP, que altera e consolida as regras para o pagamento das indenizações referentes à cobertura de despesas de assistência média e suplementares – DAMS, garantida pelo seguro DPVAT.

Prazo para encaminhar sugestões e comentários: 17.02.2010 ▲

Edital em Audiência Pública

ANS

Resolução Normativa - RN 210, de 16.09.2009 - Altera a Resolução Normativa - RN 198/09, que define o quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Instrução Normativa - IN 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 Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, no que tange ao inciso I do artigo 22-A da Resolução Normativa – RN 139/06, alterada pela RN 193/09.

Instrução Normativa - IN 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.

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, às Seguradoras Especializada em Saúde e às Operadoras de Planos 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: Marco Antonio Pontieri

Colaboração e Planejamento visual: Renata de Souza Santos