

Anexo Instrução Normativa nº XX

IDENTIFICAÇÃO DA OPERADORA

I. Registro ANS: |_|_|_|_|_|_|

II. Razão Social: _____

III. Período: |_| trimestre |_|_|_|_|

IV. Tipo de contratação do plano: () Individual ou familiar () Coletivo empresarial
() Coletivo por adesão

I. REGISTRO ANS

Número de 6 dígitos que identifica o registro da operadora de plano de saúde junto à ANS.

II. RAZÃO SOCIAL

Razão ou denominação social da operadora, sem abreviaturas.

III. PERÍODO

Identificação do trimestre e do ano das informações. São considerados os seguintes períodos:

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

IV. TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO

Individual ou familiar: Plano privado de assistência à saúde individual ou familiar é aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

Coletivo Empresarial: Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

Coletivo por Adesão: Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial.

I. Item assistencial	II. Eventos ocorridos (por UF)	III. Beneficiários da operadora fora do período de carência (Informação agregada-Nacional)	IV. Total de despesa líquida (por UF)
A. CONSULTAS MÉDICAS			
1. Consultas médicas ambulatoriais			
1.1 Alergia e Imunologia			
1.2 Angiologia			
1.3 Cardiologia			
1.4 Cirurgia geral			
1.5 Clínica médica			
1.6 Dermatologia			
1.7 Endocrinologia			
1.8 Gastroenterologia			
1.9 Geriatria			
1.10 Ginecologia e Obstetrícia			
1.11 Hematologia			
1.12 Mastologia			
1.13 Nefrologia			
1.14 Neurocirurgia			
1.15 Neurologia			
1.16 Oftalmologia			
1.17 Oncologia			
1.18 Otorrinolaringologia			
1.19 Pediatria			
1.20 Proctologia			
1.21 Psiquiatria			
1.22 Reumatologia			
1.23 Tisiopneumologia			
1.24 Traumatologia-ortopedia			
1.25 Urologia			
2. Consultas médicas em Pronto Socorro			

B. OUTROS ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS			
1. Consultas/sessões com Fisioterapeuta			
2. Consultas/sessões com Fonoaudiólogo			
3. Consultas/sessões com Nutricionista			
4. Consultas/sessões com Terapeuta Ocupacional			
5. Consultas/sessões com Psicólogo			
C. EXAMES			
1. Ressonância magnética			
2. Tomografia computadorizada			
3. Procedimento diagnóstico em citopatologia cérvico-vaginal oncológica em mulheres de 25 a 59 anos			
4. Densitometria óssea – qualquer segmento			
5. Ecodopplercardiograma transtorácico			
6. Broncoscopia com ou sem biopsia			
7. Endoscopia digestiva alta			
8. Colonoscopia			
9. Holter de 24 horas			
10. Mamografia convencional e digital			
10.1 Mamografia em mulheres de 50 a 69 anos			
11. Cintilografia miocárdica			
12. Cintilografia renal dinâmica			
13. Hemoglobina glicada			
14. Pesquisa de sangue oculto nas fezes			
15. Radiografia			
16. Teste ergométrico			
17. Ultra-sonografia diagnóstica de abdome total			
18. Ultra-sonografia diagnóstica de abdome inferior			
19. Ultra-sonografia diagnóstica de abdome superior			
20. Ultra-sonografia obstétrica morfológica			
D. TERAPIAS			
1. Transfusão ambulatorial			
2. Quimioterapia sistêmica			
3. Radioterapia megavoltagem			
4. Hemodiálise aguda			
5. Hemodiálise crônica			
6. Implante de dispositivo intrauterino – DIU			
E. INTERNAÇÕES			

Tipo de Internação			
1. Clínica			
2. Cirúrgica			
2.1 Cirurgia bariátrica			
2.2 Laqueadura tubária			
2.3 Vasectomia			
2.4 Fratura de fêmur (60 anos ou mais)			
2.5 Revisão de artroplastia			
2.6 Implante de CDI (cardio desfibrilador implantável)			
2.7 Implantação de marcapasso			
3. Obstétrica			
3.1 Parto normal			
3.2 Parto cesáreo			
4. Pediátrica			
4.1. Internação de 0 a 5 anos de idade por doenças respiratórias			
4.2 Internação em UTI no período neonatal			
4.2.1 Internações em UTI no período neonatal por até 48 horas			
5. Psiquiátrica			
Regime de internação			
1. Hospitalar			
2. Hospital-dia			
2.1 Hospital-dia para saúde mental			
3. Domiciliar			
F. CAUSAS SELECIONADAS DE INTERNAÇÃO			
1. Neoplasias			
1.1 Câncer de mama feminino			
1.1.1 Tratamento cirúrgico de câncer de mama feminino			
1.2 Câncer de colo de útero			
1.2.1 Tratamento cirúrgico de câncer de colo de útero			
1.3 Câncer de cólon e reto			
1.3.1 Tratamento cirúrgico de câncer de cólon e reto			
1.4 Câncer de próstata			
1.4.1 Tratamento cirúrgico de câncer de próstata			
2. Diabetes mellitus			
3. Doenças do aparelho circulatório			
3.1 Infarto agudo do miocárdio			

3.2 Doenças hipertensivas			
3.3 Insuficiência cardíaca congestiva			
3.4 Doenças cerebrovasculares			
3.4.1 Acidente vascular cerebral			
4. Doenças do aparelho respiratório			
4.1 Doença pulmonar obstrutiva crônica			
5. Causas externas			
G. NASCIDO VIVO			
H. DEMAIS DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES			
I. PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS			
1. Consultas odontológicas iniciais			
2. Exames radiográficos			
3. Procedimentos preventivos			
3.1 Atividade educativa individual			
3.2 Aplicação tópica profissional de flúor por hemi-arcada			
3.3 Selante por elemento dentário (menores de 12 anos)			
4. Raspagem supra-gengival por hemi-arcada (12 anos ou mais)			
5. Restauração em dentes decíduos por elemento (menores de 12 anos)			
6. Restauração em dentes permanentes por elemento (12 anos ou mais)			
7. Exodontias simples de permanentes (12 anos ou mais)			
8. Tratamento endodôntico concluído em dentes decíduos por elemento (menores de 12 anos)			
9. Tratamento endodôntico concluído em dentes permanentes por elemento (12 anos ou mais)			
10. Próteses odontológicas			
11. Próteses odontológicas unitárias (Coroa Total e Restauração Metálica Fundida)			

I. ITEM ASSISTENCIAL

Corresponde às consultas médicas, outros atendimentos ambulatoriais, exames, terapias, internações, causas selecionadas de internação, nascido vivo, demais despesas médico-hospitalares e procedimentos odontológicos.

II. EVENTOS OCORRIDOS

Somatório das ocorrências reconhecidas com beneficiários da operadora fora do período de carência. Os eventos ocorridos devem ser registrados nas categorias do Anexo deste normativo, segundo sua natureza e por Unidade Federativa, independente de serem decorrentes de procedimentos constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

A. CONSULTAS MÉDICAS: Total de atendimentos prestados por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina, com fins de diagnóstico e orientação terapêutica, em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência.

O somatório dos eventos informados nos itens 1 e 2 deve corresponder ao total de “A. CONSULTAS MÉDICAS”.

1. Consultas médicas ambulatoriais: Atendimentos prestados por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina em regime ambulatorial.

Por existirem outras especialidades médicas além daquelas discriminadas no Anexo, o somatório dos eventos informados nos itens 1.1 a 1.25 pode não corresponder ao total de “1. Consultas médicas ambulatoriais”.

2. Consultas médicas em pronto socorro: Atendimentos prestados por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina em pronto socorro.

B. OUTROS ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS: Atendimentos realizados em regime ambulatorial de caráter eletivo, urgência ou emergência, incluindo honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas (exceto consultas médicas, exames e terapias). Inclui atendimentos com profissionais de nível superior.

Por existirem outros atendimentos ambulatoriais além daqueles discriminados no Anexo, o somatório dos eventos informados nos itens 1 a 5 pode não corresponder ao total de “B. OUTROS ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS”.

C. EXAMES: Total de procedimentos de auxílio diagnóstico utilizados para complementar a avaliação do estado de saúde, em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência, incluindo honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas.

Por existirem outros exames além daqueles discriminados no Anexo, o somatório dos eventos informados nos itens 1 a 20 pode não corresponder ao total de “C. EXAMES”.

Exames por faixa etária:

3. Procedimento diagnóstico em citopatologia cérvico-vaginal oncótica em mulheres de 25 a 59 anos: Número de exames colpocitopatológicos de colo de útero (exame Papanicolaou) realizados em mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos de idade.

10.1 Mamografia em mulheres de 50 a 69 anos: Número de exames de mamografia realizadas em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos de idade.

D. TERAPIAS: Total de atendimentos utilizando métodos de tratamento, em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência, incluindo honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas.

Por existirem outras terapias além daquelas discriminadas no Anexo, o somatório dos eventos informados nos itens 1 a 6 pode não corresponder ao total de “D. TERAPIAS”.

E. INTERNAÇÕES: Total de internações prestadas a paciente admitido para ocupar leito hospitalar (enfermaria, quarto ou unidades de curta permanência, terapia intensiva ou semi-intensiva) e classificados conforme o principal procedimento gerador identificado por ocasião da alta hospitalar.

Para apurar o “IV. Total de despesa líquida”, devem ser consideradas as despesas com hotelaria, honorários profissionais, medicamentos, materiais, taxas, terapias e exames, conforme a especificidade da execução do item.

Tipo de internação: O somatório dos itens 1 a 5 deve corresponder ao total de “E. INTERNAÇÕES”.

1. Clínica: Internação objetivada por realização de acompanhamento clínico ou diagnóstico em ambiente hospitalar.

2. Cirúrgica: Internação objetivada por realização de ato cirúrgico em paciente em ambiente hospitalar.

- 2.1 Cirurgia bariátrica:** Internações decorrentes do procedimento de cirurgia bariátrica.
- 2.2 Laqueadura tubária:** Internações decorrentes do procedimento de laqueadura tubária.
- 2.3 Vasectomia:** Internações decorrentes do procedimento de vasectomia.
- 2.4 Fratura de fêmur (60 anos ou mais):** Internações decorrentes de fratura de fêmur em pessoas com 60 anos de idade ou mais.
- 2.5 Revisão de artroplastia:** Internações para revisão de artroplastia.
- 2.6 Implante de CDI (cardioversor desfibrilador implantado):** Internações de implantes de CDI.
- 2.7 Implantação de marcapasso:** Internações para implantação de marcapasso.
- 3. Obstétrica:** Internação objetivada por realização de acompanhamento, diagnóstico, intervenção de caráter obstétrico em ambiente hospitalar.
- 3.1 Parto Normal:** Procedimentos nos quais os conceptos nascem por via vaginal.
- 3.2 Parto Cesáreo:** Procedimentos cirúrgicos, nos quais os conceptos são extraídos mediante incisão das paredes abdominal e uterina.
- 4. Pediátrica:** Internação médica voltada para a manutenção da saúde e para a oferta de cuidados médicos às crianças desde o nascimento até a adolescência.
- 4.1 Internação de 0 a 5 anos de idade por doenças respiratórias:** Internações por doenças respiratórias em crianças na faixa etária de 0 a 5 anos de idade, cujo código do diagnóstico principal, registrado na alta hospitalar, está contido nos grupos de diagnóstico J00 a J22, J45 e J46 do Capítulo X (Doenças do aparelho respiratório) da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 10ª versão (CID-10).
- 4.2 Internação em UTI no período neonatal:** Internações em UTI, ocorridas no intervalo de vida de 0 a 28 dias de idade, cujo código do diagnóstico principal, registrado na alta hospitalar, está contido no Capítulo XVI (Algumas afecções originadas no período perinatal) da CID-10.
- 4.2.1 Internações em UTI no período neonatal por até 48 horas:** Internações em UTI, ocorridas no intervalo de vida de 0 a 6 dias de idade, cujo código do diagnóstico principal, registrado na alta hospitalar, está contido no Capítulo XVI (Algumas afecções originadas no período perinatal) da CID-10, por até 48 horas.
- 5. Psiquiátrica:** Internação relacionada com a aplicação de princípios da psiquiatria no cuidado de doentes mentais.

Regime de internação: O somatório dos itens 1 a 3 deve corresponder ao total de “E. INTERNAÇÕES”.

- 1. Hospitalar:** Regime de internação em que o paciente recebe o atendimento em ambiente hospitalar.
- 2. Hospital-dia:** Forma de assistência intermediária entre a internação hospitalar e o atendimento ambulatorial para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas.
- 2.1 Hospital-dia em saúde mental:** atendimentos em hospital-dia para saúde mental.
- 3. Domiciliar:** Conjunto de ações integradas, sistematizadas, articuladas e regulares desenvolvidas pela equipe de saúde no domicílio, com o objetivo de promover e/ou restabelecer a saúde de pessoas em seu contexto socioeconômico, cultural e familiar, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada. Inclui visita domiciliar, consulta de profissional de nível superior no domicílio, o planejamento e a realização de procedimentos.

F. CAUSAS SELECIONADAS DE INTERNAÇÃO: Motivo da internação de acordo com a CID-10. Por existirem outras causas de internação além daquelas discriminadas no Anexo, o somatório dos eventos informados nos itens 1 a 5 pode não corresponder ao total de “F. CAUSAS SELECIONADAS DE INTERNAÇÃO”.

- 1. Neoplasias:** Internações por neoplasias, cujo código do diagnóstico principal, registrado na alta hospitalar, está contido nos grupos de diagnóstico C00 a D48 do Capítulo II da CID-10.

1.1 Câncer de mama feminino: Internações por câncer de mama feminino, cujo código do diagnóstico principal, registrado na alta hospitalar, está contido nos grupos de diagnóstico C50 e D05 do Capítulo II (Neoplasias) da CID-10.

1.1.1 Tratamento cirúrgico de câncer de mama feminino: Internações para realização de um dos procedimentos selecionados: quadrantectomia ou mastectomia simples ou mastectomia radical ou mastectomia radical modificada (com ou sem linfadenectomia axilar) para tratamento de câncer de mama, cuja definição compreende os grupos de diagnóstico C50 e D05 do Capítulo II (Neoplasias) da CID-10.

1.2 Câncer de colo de útero: Internações por câncer de colo de útero, cujo diagnóstico principal, registrado na alta hospitalar, está contido nos grupos de diagnóstico C53 e D06 do Capítulo II (Neoplasias) da CID-10.

1.2.1 Tratamento cirúrgico de câncer de colo de útero: Internações para realização de um dos procedimentos selecionados: histerectomia total (via alta ou baixa), histerectomia total ampliada (via alta ou baixa), histerectomia total com anexectomia uni ou bilateral (via alta ou baixa) e traquelectomia (via alta ou baixa) para tratamento de câncer de colo de útero, cuja definição compreende os grupos de diagnóstico C53 e D06 do Capítulo II (Neoplasias) da CID-10.

1.3 Câncer de cólon e reto: Internações por câncer de cólon e reto, cujo diagnóstico principal, registrado na alta hospitalar, está contido nos grupos de diagnóstico C18 a C20 e D01.0 a D01.2 do Capítulo II (Neoplasias) da CID-10.

1.3.1 Tratamento cirúrgico de câncer de cólon e reto: Internações para realização de um dos procedimentos selecionados: amputação abdomino-perineal do reto (completa), colectomia total com ileo-reto-anastomose, colectomia total com ileostomia, proctocolectomia total, proctocolectomia total com reservatório ileal e retossigmoidectomia abdominal para tratamento de câncer de cólon e reto, cuja definição compreende os grupos de diagnóstico C18 a C20 e D01.0 a D01.2 do Capítulo II (Neoplasias) da CID-10.

1.4 Câncer de próstata: Internações por câncer de próstata, cujo diagnóstico principal, registrado na alta hospitalar, está contido no grupo de diagnóstico C61 do Capítulo II (Neoplasias) da CID-10.

1.4.1 Tratamento cirúrgico de câncer de próstata: Internações para realização de um dos procedimentos selecionados: prostatovesiculectomia radical e prostatectomia a céu aberto para tratamento do câncer de próstata, cuja definição compreende o grupo de diagnóstico C61 do Capítulo II (Neoplasias) da CID-10.

2. Diabetes mellitus: Internações por diabetes mellitus, cujo código do diagnóstico principal, registrado na alta hospitalar, está contido nos grupos de diagnóstico E10 a E14, do Capítulo IV (Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas) da CID-10.

3. Doenças do aparelho circulatório: Internações por doenças do aparelho circulatório, cujo código do diagnóstico principal, registrado na alta hospitalar, está contido nos grupos de diagnóstico I00 a I99 do Capítulo IX (Doenças do aparelho circulatório) da CID-10.

3.1 Infarto agudo do miocárdio: Internações por infarto agudo do miocárdio, cujo código do diagnóstico principal, registrado na alta hospitalar, está contido nos grupos de diagnóstico I21 e I22 do Capítulo IX (Doenças do aparelho circulatório) da CID-10.

3.2 Doenças hipertensivas: Internações por doenças hipertensivas, cujo código do diagnóstico principal, registrado na alta hospitalar, está contido nos grupos de diagnóstico I10 a I15 do Capítulo IX (Doenças do aparelho circulatório) da CID-10.

3.3 Insuficiência cardíaca congestiva: Internações por insuficiência cardíaca congestiva, cujo código do diagnóstico principal, registrado na alta hospitalar, está contido no grupo de diagnóstico I50.0 do Capítulo IX (Doenças do aparelho circulatório) da CID-10.

3.4 Doenças cerebrovasculares: Internações por doenças cerebrovasculares, cujo código do diagnóstico principal, registrado na alta hospitalar, está contido nos grupos de diagnóstico I60 a I69 do Capítulo IX (Doenças do aparelho circulatório) da CID-10.

3.4.1 Acidente vascular cerebral: Internações por acidente vascular cerebral, cujo código do diagnóstico principal, registrado na alta hospitalar, está contido nos grupos de diagnóstico I64 do Capítulo IX (Doenças do aparelho circulatório) da CID-10.

4. Doenças do aparelho respiratório: Internações por doenças do aparelho respiratório, cujo código do diagnóstico principal, registrado na alta hospitalar, está contido nos grupos de diagnóstico J00 a J99 do Capítulo X (Doenças do aparelho respiratório) da CID-10.

4.1 Doença pulmonar obstrutiva crônica: Internações por doença pulmonar obstrutiva crônica, cujo código do diagnóstico principal, registrado na alta hospitalar, está contido no grupo de diagnóstico J44 do Capítulo X (Doenças do aparelho respiratório) da CID-10.

5. Causas externas: Internações por causas externas, cujo código do diagnóstico principal, registrado na alta hospitalar, está contido no grupo de diagnóstico V01 a Y98 do Capítulo XX (Causas externas de morbidade e de mortalidade) da CID-10.

G. NASCIDO VIVO: É o produto da concepção que imediatamente após o nascimento, ou seja, depois da expulsão ou da extração completa do corpo materno, manifesta algum sinal vital, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendido da placenta.

H. DEMAIS DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES: Despesas assistenciais médico-hospitalares, acessórias aos atendimentos de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação do paciente, incluindo despesas não classificáveis nos demais itens deste anexo, menos os descontos obtidos no pagamento de eventos. Incluem as atividades coletivas, aluguel de cadeiras de rodas, remoção de paciente, campanha de vacinação, palestras, assistência farmacêutica.

I. PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS: Total de atendimentos com fins de diagnóstico e orientação terapêutica em saúde bucal, em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência.

Por existirem outros procedimentos odontológicos além daqueles discriminados no Anexo, o somatório dos eventos informados nos itens 1 a 11 pode não corresponder ao total de “I. PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS”.

1. Consultas odontológicas iniciais: Consultas odontológicas destinadas à elaboração do plano de tratamento, incluindo exame clínico, anamnese, preenchimento de ficha clínica odontolegal, diagnóstico das doenças/anomalias bucais do paciente e prognóstico. Neste item não devem ser informadas as consultas de caráter emergencial ou pericial.

2. Exames radiográficos: Métodos de auxílio diagnóstico realizados a partir de tomada radiográfica intra ou extrabucal.

3. Procedimentos Preventivos: Procedimentos de prevenção em saúde bucal. Consistem em procedimentos clínicos, educativos e/ou terapêuticos que interferem nas causas das doenças bucais, impedindo e/ou retardando o aparecimento de lesões relacionadas aos processos de doenças bucais. O somatório dos eventos informados nos itens 3.1 a 3.3 não corresponde, necessariamente, ao total de procedimentos preventivos.

3.1. Atividade educativa individual: Atividades desenvolvidas individualmente, destinadas a informar, motivar e orientar o beneficiário quanto à promoção da saúde e prevenção das principais patologias bucais.

3.2. Aplicação tópica de flúor por hemi-arcada: Procedimentos destinados à aplicação tópica profissional de produtos fluorados (verniz, gel, bochecho e/ou outros veículos) sobre a superfície dental. Podem ser desenvolvidos em consultório ou escovódromo com finalidade preventiva (de modo a evitar o aparecimento dos sinais clínicos da doença cárie); ou com finalidade terapêutica (na remineralização das manchas brancas ativas, intervindo nos estágios iniciais da doença inibindo a progressão das lesões cáries).

3.3. Selante por elemento dentário (menores de 12 anos): Número de dentes, decíduos e permanentes, que receberam aplicação de produtos nas superfícies dentais, visando o selamento de fôssulas e sulcos, em beneficiários menores de 12 anos de idade.

- 4. Raspagem supra-gengival por hemi-arcada (12 anos ou mais):** Procedimentos de raspagem para a remoção de cálculo supra-gengival, em beneficiários com 12 anos de idade ou mais.
- 5. Restauração em dentes decíduos por elemento (menores de 12 anos):** Número de dentes decíduos que receberam procedimentos restauradores da anatomia e função, em decorrência de doenças bucais, traumatismo, ou afecção estrutural, em beneficiários menores de 12 anos de idade.
- 6. Restauração em dentes permanentes por elemento (12 anos ou mais):** Número de dentes permanentes que receberam procedimentos restauradores da anatomia e função, em decorrência de doenças bucais, traumatismo, ou afecção estrutural, em beneficiários com 12 anos de idade ou mais.
- 7. Exodontia simples de permanentes (12 anos ou mais):** Número de dentes permanentes extraídos em função de acometimento por cárie ou doença periodontal, à exceção das extrações de terceiro molar incluso/semi-incluso e dentes supra-numerários e extrações por indicação ortodôntica, protética ou em decorrência de trauma, em beneficiários com 12 anos de idade ou mais.
- 8. Tratamento endodôntico concluído em dentes decíduos por elemento (menores de 12 anos):** Número de dentes decíduos, cujos procedimentos de preparo e preenchimento endodôntico com material obturador foram concluídos, independente do número de condutos radiculares, em beneficiários menores de 12 anos de idade.
- 9. Tratamento endodôntico concluído em dentes permanentes por elemento (12 anos ou mais):** Número de dentes permanentes, cujos procedimentos de preparo e preenchimento endodôntico com material obturador foram concluídos, independente do número de condutos radiculares, em beneficiários com 12 anos de idade ou mais.
- 10. Próteses odontológicas:** Número de peças protéticas (prótese total, prótese fixa múltipla e prótese removível) utilizadas na reabilitação odontológica. As próteses odontológicas unitárias (cora total e restauração metálica fundida) não devem ser informadas neste item.
- 11. Próteses odontológicas unitárias (Coroa Total e Restauração Metálica Fundida):** Número de coroas totais e restaurações metálicas fundidas utilizadas para a reabilitação da forma e função de dentes decíduos ou permanentes.

III. BENEFICIÁRIOS DA OPERADORA FORA DO PERÍODO DE CARÊNCIA

Beneficiários com contrato com a operadora, fora do período de carência, com direito a usufruir da assistência à saúde no item assistencial em questão, durante o trimestre.

Devem ser informados todos os eventos e despesas exclusivamente de beneficiários que mantêm contrato com a operadora, independentemente de compartilhamento de risco/repasso continuado da assistência para outras operadoras. Os atendimentos a beneficiários de outras operadoras serão informados exclusivamente pela operadora que detém o contrato com o beneficiário e não devem ser considerados para fins de envio das informações assistenciais pela operadora que presta o atendimento.

Caso haja procedimentos com diferentes prazos de carência dentro de um mesmo item assistencial, adotar o de maior prazo. Para o item “E. INTERNAÇÕES”, considerar a maior carência, exceto parto, quando esse procedimento tiver período superior ao das demais internações.

Caso a operadora, por ordem judicial, seja obrigada a dar cobertura para um beneficiário, e este esteja em período de carência para o item assistencial no qual a cobertura foi prestada, a operadora deverá acrescentá-lo como beneficiário fora do período de carência no item, enquanto o procedimento estiver sendo prestado.

O número de beneficiários fora do período de carência corresponde ao resultado (desprezando-se as casas decimais) do somatório de dias em que cada beneficiário do plano, fora do período de carência, teve o direito de usufruir da assistência à saúde no item assistencial durante o trimestre, dividido pelo número de dias do trimestre, conforme ilustra a fórmula a seguir:

Fórmula A = (n.º de dias em que beneficiário 1 teve direito de usufruir da assistência à saúde no item assistencial durante o trimestre + n.º de dias em que o beneficiário 2 teve direito de usufruir da assistência à saúde no item assistencial durante o trimestre + ... + n.º de dias em que o beneficiário "n" teve direito de usufruir da assistência a saúde no item assistencial durante o trimestre) / (número de dias do trimestre).

Alternativamente, o número de beneficiários fora do período de carência pode ser calculado como o somatório do número de beneficiários da operadora com direito a usufruir da assistência à saúde no item assistencial em cada um dos dias do trimestre, dividido pelo número de dias do trimestre (desprezando-se as casas decimais). Este cálculo é exemplificado pela fórmula a seguir:

Fórmula B = (n.º de beneficiários com direito a usufruir da assistência a saúde no item assistencial no primeiro dia do trimestre + ... + n.º de beneficiários com direito a usufruir da assistência a saúde no item assistencial no último dia do trimestre) / (número de dias do trimestre).

Nos itens “E.4.1 Internação de 0 a 5 anos de idade por doenças respiratórias; E.2.4 Fratura de fêmur (60 anos ou mais); I.5. Restauração em dentes decíduos por elemento (menores de 12 anos); I.6. Restauração em dentes permanentes por elemento (12 anos ou mais); I.7. Exodontias simples de permanentes (12 anos ou mais); I.8. Tratamento endodôntico concluído em dentes decíduos por elemento (menores de 12 anos); I.9 Tratamento endodôntico concluído em dentes permanentes por elemento (12 anos ou mais)” informar o número de beneficiários fora do período de carência na faixa etária correspondente.

Nos itens “C.3 Procedimento diagnóstico em citopatologia cérvico-vaginal oncótica em mulheres de 25 a 59 anos; C.10.1 Mamografia em mulheres de 50 a 69 anos”, informar o número de beneficiários fora do período de carência de acordo com o sexo e na faixa etária correspondente.

IV. TOTAL DE DESPESA LÍQUIDA

É o gasto total, expresso em reais, com os eventos realizados (por Unidade Federativa) pelos beneficiários com contrato com a operadora fora do período de carência nos itens assistenciais definidos, descontados os valores de glosas.

Caso a operadora negocie o pagamento de suas despesas assistenciais com os prestadores de serviço, por valores pré-estabelecidos sob a forma de “pacotes de procedimentos” ou por “capitação” estas devem ser desagregadas para serem informadas nos itens específicos estabelecidos neste anexo.

Capitação: Modalidade de pagamento em que a operadora paga um valor 'per capita' pela assistência à saúde a um conjunto de beneficiários, independente da prestação do serviço.

Pacotes de procedimentos: Modalidade de pagamento em que a operadora, na ocorrência de um evento, paga um valor pela prestação de um conjunto de procedimentos ou serviços, independente de estarem discriminados na fatura do atendimento.