

CENTRO UNIVERSITÁRIO ÁLVARES PENTEADO – UNIFECAP

MESTRADO EM CONTROLADORIA E CONTABILIDADE ESTRATÉGICA

FLORINDA ROQUE

**ESTUDO SOBRE A REGULAMENTAÇÃO CONTÁBIL E A EVIDENCIAÇÃO DAS
DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS DE OPERADORAS PRIVADAS DE PLANOS DE
SAÚDE – MODALIDADE MEDICINA DE GRUPO – NO ESTADO DE SÃO PAULO,
APÓS A LEI Nº 9656/98**

**Dissertação apresentada ao Centro Universitário
Álvares Penteado – UNIFECAP, como requisito
para obtenção do título de Mestre em
Controladoria e Contabilidade Estratégica.**

Orientador: Profº Dr. Ivam Ricardo Peleias

SÃO PAULO

2004

CENTRO UNIVERSITÁRIO ÁLVARES PENTEADO - UNIFECAP

Reitor: Prof. Manuel José Nunes Pinto

Vice-reitor: Prof. Luiz Fernando Mussolini Júnior

Pró-reitor de Extensão: Prof. Dr. Fábio Appolinário

Pró-reitor de Graduação: Prof. Jaime de Souza Oliveira

Pró-reitor de Pós-Graduação: Profª Drª Maria Sylvania Macchione Saes

Coordenador do Mestrado em Administração de Empresas: Prof. Dirceu da Silva

Coordenador do Mestrado em Controladoria e Contabilidade Estratégica: Prof. Dr. João B. Segretti

FICHA CATALOGRÁFICA

786e	<p>Roque, Florinda</p> <p><i>Estudo sobre a regulamentação contábil e a evidenciação das demonstrações contábeis de operadoras privadas de planos de saúde – modalidade medicina de grupo – no Estado de São Paulo, após a lei nº 9656-98 / Florinda Roque. - - São Paulo : UniFecap, 2004</i></p> <p>170p.</p> <p>Orientador: Prof. Dr. Ivam Ricardo Peleias</p> <p>Dissertação (mestrado) - Centro Universitário Álvares Penteado - Unifecap - Mestrado em Controladoria e Contabilidade Estratégica.</p> <p><i>1. Seguro-Saúde - Contabilidade 2. Planos de saúde – Regulamentação contábil</i></p> <p style="text-align: right;">CDD 657.8</p>
------	---

FOLHA DE APROVAÇÃO**FLORINDA ROQUE****ESTUDO SOBRE A REGULAMENTAÇÃO CONTÁBIL E A EVIDENCIAÇÃO DAS
DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS DE OPERADORAS PRIVADAS DE PLANOS DE
SAÚDE – MODALIDADE MEDICINA DE GRUPO – NO ESTADO DE SÃO PAULO,
APÓS A LEI Nº 9656/98**

Dissertação apresentada ao Centro Universitário Álvares Penteado – UNIFECAP,
como requisito para a obtenção do título de Mestre em Controladoria e Contabilidade
Estratégica.

COMISSÃO JULGADORA

Nahor Plácido Lisboa
Universidade de São Paulo – USP

João Bosco Segreti
Centro Universitário Álvares Penteado – UNIFECAP

Ivam Ricardo Peleias
Centro Universitário Álvares Penteado – UNIFECAP
Professor Orientador – Presidente da Banca Examinadora

São Paulo, 02 de abril de 2004.

Aos meus filhos
Willian, Jacqueline e Nilson

AGRADECIMENTOS

Várias são as pessoas a quem devo agradecer e dedicar esta conquista.

Em primeiro lugar e especialmente a Deus.

Aos meus filhos, razão maior da minha luta, pela minha grande família em especial o Nilson pelos momentos que lhes foram privados, mas que de certa forma foi respeitado por sua compreensão e carinho e também pelas suas orações.

Aos meus pais exemplo de vida e personagens marcantes na minha vida.

Aos professores especialmente ao meu orientador Dr. Ivam Ricardo Peleias, pelas orientações, crítica e sugestões, sempre no sentido de alcançar o objetivo.

Aos meus amigos da MEDIC especialmente a Vera Lúcia Cassonato e José Walfrido Alamino que muito me ajudaram incentivando e colaboração, acreditando e torcendo pela minha conquista.

Aos colegas da turma do mestrado em especial a Marliete, aos Drs. Professores das disciplinas cursadas e a Célia ex-secretária.

Meu agradecimento também MEDIC S/A Medicina Especializada à Indústria e ao Comércio, operadora de plano de saúde que me proporcionou realizar este trabalho.

“Comece fazendo o que é necessário, depois faça o que é possível e de repente estará fazendo o que é impossível”

São Francisco de Assis

RESUMO

O atendimento insatisfatório à população na área da saúde mostra que o Estado é ineficiente para manter um sistema universal para atender satisfatoriamente toda a população nessa importante área. Como conseqüência, as pessoas de melhor poder aquisitivo buscam na iniciativa privada as alternativas para proteção da sua saúde e de seus dependentes. Também as empresas se valem dessas opções para oferecer aos seus colaboradores um benefício adicional e importante, para a maioria dos trabalhadores, que é a assistência médica em grupo.

No Brasil, as operadoras de planos de saúde são responsáveis pelo atendimento de aproximadamente trinta e cinco milhões de usuários, sendo que este número já foi maior. Existem atualmente mais de mil operadoras, classificadas nos tipos Medicina de Grupo, Seguradora, Auto Gestão e Cooperativa de Trabalho Médico.

A falência de várias empresas deixou muitos usuários sem atendimento, mesmo depois de vários anos de contribuição. Tais acontecimentos originaram uma pressão por parte da comunidade de usuários, no sentido de agilizar o processo de regulamentação dessas atividades, que resultou na aprovação, em 1998, da Lei nº 9656/98. Depois disto surgiram outras medidas provisórias e normas, como a criação de uma agência reguladora, a qual emitiu várias normas reguladoras.

A regulamentação do setor provocou, por sua vez, o ordenamento jurídico e a normatização dos procedimentos contábeis das operadoras, os quais, entre outras exigências, determina a obrigatoriedade de publicar as demonstrações contábeis, de acordo com os modelos contidos nas normas divulgadas.

Esta pesquisa analisou a qualidade das evidenciações, as práticas contábeis que as Operadoras de Plano de Saúde foram obrigadas a seguir de acordo com a Lei nº 9656/98 e alguns aspectos econômico-financeiros, analisados através do índice de giro operacional das operadoras de plano de saúde modalidade medicina de grupo no Estado de São Paulo, nos anos de 2001 e 2002 no intuito de refletir sobre as exigências de uma sociedade globalizada.

Palavras-chave: 1. Operadora de Plano de Saúde 2. Usuário 3. Regulamentação Contábil 4. Medicina de Grupo 5. Demonstrações Contábeis 6. Evidenciação.

ABSTRACT

The Brazilian people can get no satisfaction about the public attendance on healthy sector. It means that the Government politic has been inefficient to maintain a universal healthy system for population. So, the persons who have some better financial conditions, are looking for alternatives on private enterprise to protect themselves, as well as their dependents. Also, the private companies have adopted these strategic fringe benefits to offers to their employees.

In Brazil, the healthy plans operators are responsible to attending about thirty five millions of users, considering that this number was bigger in the past. Actually, there are more than hundred operators, which are the following types: Group Medicine, Insurance Company, Self Management and Co-operative of doctors.

The insolvency and financial problems of some companies in that sector had as consequence the stop on attendance of users, after contributing for many years. So the society began making pressure to quick the process of regulation on this area, and in 1998 it was approved the law 9656/98, after this it was included many provisory measures and norms, as the creation of a regulatory agency with many regulatory norms.

With the sector regulation, it was necessary the juridical orderings of the operator's accounting standards. These juridical orderings brings the obligation of publishing the financial statements and models for this publication.

This research analyzed some aspects of the financial statements and the quality of disclosures in the years 2001 and 2002, with intention of reflects if the ways of disclosure presentation helps the users to realize a complete analysis before decide for purchasing healthy plan.

Key-word: 1.Healthy Plan Operator 2.Users 3.Accountancy Regulation 4.Group Medicine 5.Financial Report 6.Disclosure.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES		
FIGURA 1	- ESTRUTURA DE CODIFICAÇÃO CONTÁBIL.....	58
GRÁFICO 1	- USUÁRIOS PARTICIPANTES DO SISTEMA.....	14
QUADRO 1	- FATURAMENTO ANUAL DOS PLANOS DE SAÚDE, EM R\$ BILHÕES.....	14
QUADRO 2	- 20 MAIORES EMPRESA DE MEDICINA DE GRUPO - BASE NOV/02.....	24
QUADRO 3	- ORGANOGRAMA SEGMENTAÇÃO.....	43
QUADRO 4	- CLASSIFICAÇÃO DOS TÍTULOS MOBILIÁRIOS	72
QUADRO 5	- MODELO DE PUBLICAÇÃO DE BALANÇO PATRIMONIAL PARA OPS DE GRANDE	76
	GRANDE	
QUADRO 6	- MODELO DE PUBLICAÇÃO DE DRE PARA OPS DE GRANDE PORTE.....	77
QUADRO 7	- MODELO DE PUBLICAÇÃO DE BALANÇO PATRIMONIAL. PARA OPS DE MÉDIO	78
	MÉDIO	
QUADRO 8	- MODELO DE PUBLICAÇÃO DE DRE PARA OPS DE MÉDIO PORTE.....	78
QUADRO 9	- MODELO DE PUBLICAÇÃO DE BALANÇO PATRIMONIAL PARA OPS DE PEQUENO	79
	PEQUENO	
QUADRO 10	- MODELO DE PUBLICAÇÃO DE DRE PARA OPS DE PEQUENO PORTE.....	79
QUADRO 11	- CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO DE APLICAÇÕES TEMPORÁRIAS.....	85
QUADRO 12	- CRITÉRIO DE CONSTITUIÇÃO PROVISÃO DEVEDORES DUVIDOSOS.....	85
QUADRO 13	- CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO DE ESTOQUE.....	86
QUADRO 14	- CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO DO IMOBILIZADO.....	87
QUADRO 15	- CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO DE INVESTIMENTOS.....	87
QUADRO 16	- CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO DO DIFERIDO.....	88
QUADRO 17	- CRITÉRIO DE REGISTRO DO PASSIVO.....	88
QUADRO 18	- CRITÉRIO DE PROVISÃO DE IMPOSTO DE RENDA.....	89
QUADRO 19	- CRITÉRIO PECULIAR À ATIVIDADE.....	89
QUADRO 20	- VALOR DO FATOR W	96
QUADRO 21	- RESUMO DOS ÍNDICES DA EMPRESA 1	103
QUADRO 22	- RESUMO DOS ÍNDICES DA EMPRESA 2	104
QUADRO 23	- RESUMO DOS ÍNDICES DA EMPRESA 3	104
QUADRO 24	- RESUMO DOS ÍNDICES DA EMPRESA 4	105
QUADRO 25	- RESUMO DOS ÍNDICES DA EMPRESA 5	106
QUADRO 26	- RESUMO DOS ÍNDICES DA EMPRESA 6	106
APÊNDICE 1	- ANÁLISE DA NECESSIDADE DE CAPITAL DE GIRO EMPRESA 1	119
APÊNDICE 2	- ANÁLISE DA NECESSIDADE DE CAPITAL DE GIRO EMPRESA 2	120
APÊNDICE 3	- ANÁLISE DA NECESSIDADE DE CAPITAL DE GIRO EMPRESA 3	121
APÊNDICE 4	- ANÁLISE DA NECESSIDADE DE CAPITAL DE GIRO EMPRESA 4	122
APÊNDICE 5	- ANÁLISE DA NECESSIDADE DE CAPITAL DE GIRO EMPRESA 5	123
APÊNDICE 6	- ANÁLISE DA NECESSIDADE DE CAPITAL DE GIRO EMPRESA 6	124
ANEXO 1	- 20 MAIORES EMPRESA DE MEDICINA DE GRUPO - BASE NOV/02.....	125
ANEXO 2	- TABELA DA RDC 77/01.....	126
ANEXO 3	- BALANÇO PATRIMONIAL DA EMPRESA 1.....	127
ANEXO 4	- BALANÇO PATRIMONIAL DA EMPRESA 2.....	128
ANEXO 5	- BALANÇO PATRIMONIAL DA EMPRESA 3.....	129
ANEXO 6	- BALANÇO PATRIMONIAL DA EMPRESA 4.....	130
ANEXO 7	- BALANÇO PATRIMONIAL DA EMPRESA 5.....	131
ANEXO 8	- BALANÇO PATRIMONIAL DA EMPRESA 6.....	132
ANEXO 9	- CÓPIA DO BALANÇO PATRIMONIAL DE 2002/2001 DA EMPRESA 1.....	133
ANEXO 10	- CÓPIA DO BALANÇO PATRIMONIAL DE 2001/2000 DA EMPRESA 1.....	135
ANEXO 11	- CÓPIA DO BALANÇO PATRIMONIAL DE 2002/2001 DA EMPRESA 2.....	137
ANEXO 12	- CÓPIA DO BALANÇO PATRIMONIAL DE 2001/2000 DA EMPRESA 2.....	140
ANEXO 13	- CÓPIA DO BALANÇO PATRIMONIAL DE 2002/2001 DA EMPRESA 3.....	143
ANEXO 14	- CÓPIA DO BALANÇO PATRIMONIAL DE 2001/2000 DA EMPRESA 3.....	144
ANEXO 15	- CÓPIA DO BALANÇO PATRIMONIAL DE 2002/2001 DA EMPRESA 4.....	154
ANEXO 16	- CÓPIA DO BALANÇO PATRIMONIAL DE 2001/2000 DA EMPRESA 4.....	156
ANEXO 17	- CÓPIA DO BALANÇO PATRIMONIAL DE 2002/2001 DA EMPRESA 5.....	158
ANEXO 18	- CÓPIA DO BALANÇO PATRIMONIAL DE 2001/2000 DA EMPRESA 5.....	159
ANEXO 19	- CÓPIA DO BALANÇO PATRIMONIAL DE 2002/2001 DA EMPRESA 6.....	169
ANEXO 20	- CÓPIA DO BALANÇO PATRIMONIAL DE 2001/2000 DA EMPRESA 6.....	170

LISTA DE SIGLAS

ABRAMGE	-	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ACC	-	Ativo Circulante Cíclico
ACF	-	Ativo Circulante Financeiro
AGO	-	Assembléia Geral Ordinária
AMB	-	Associação Médica Brasileira
ANS	-	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CFC	-	Conselho Federal de Contabilidade
CID	-	Classificação Internacional de Doenças
CNPJ	-	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CNSP	-	Conselho Nacional de Seguros Privados
CONSU	-	Conselho de Saúde Suplementar
CPF	-	Cadastro de Pessoa Física
CVM	-	Comissão de Valores Mobiliários
D.O.U.	-	Diário Oficial da União
DIDES	-	Diretoria de Desenvolvimento Setorial
DIGES	-	Diretoria de Gestão
DIOPE	-	Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras
DIOPS	-	Documento de Informações Periódicas das OPS
DIPRO	-	Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos
DRE	-	Demonstração de Resultado
E.U.A.	-	Estados Unidos da América
FASB	-	Financial Accounting Standards Board
FGV	-	Fundação Getúlio Vargas
FIP	-	Formulário de Informações Periódicas
GAAP	-	Generally Accepted Accounting Principles
GGRHO	-	Gerência Geral de Regulamentação e Habilitação de Operadoras
HMO	-	Health Maintenance Organization
IASB	-	International Accounting Standards Board
IBNR	-	Incurred But Not Reported
IBRACON	-	Instituto dos Auditores Independentes do Brasil
IGO	-	Índice de Giro Operacional
IOG	-	Investimento Operacional em Giro
NCG	-	Necessidade de Capital de Giro
NTAP	-	Nota Técnica Atuarial de Provisões
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
ONU	-	Organização das Nações Unidas
OPS	-	Operadora de Plano de Saúde
PCC	-	Passivo Circulante Cíclico
PCF	-	Passivo Circulante Financeiro
POS	-	Point-of-Service
PPO	-	Preferred Provider Organization
RDC	-	Resolução de Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde
RE	-	Resoluções da Agência Nacional de Saúde
RN	-	Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde
RO	-	Resoluções Operacionais da Agência Nacional de Saúde
SADT	-	Serviços Auxiliares de Diagnósticos e Terapia
SAR	-	Summary Annual Report
SEC	-	Securities and Exchange Commission
SSAP	-	Statements of Standard Practice
ST	-	Saldo de Tesouraria
SUS	-	Sistema Único de Saúde
SUSEP	-	Superintendência de Seguros Privados
TFU	-	True and Fair View
TUNEP	-	Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimento
USGAAP	-	United States Generally Accepted Accounting Principles

SUMÁRIO

<u>1. INTRODUÇÃO</u>	13
<u>1.1. Cenário e Relevância do trabalho</u>	13
<u>1.2. Objetivos do Trabalho de Pesquisa</u>	15
<u>1.3. Justificativa</u>	16
<u>1.4. Definição do Problema</u>	17
<u>1.5. Hipóteses</u>	19
<u>1.6. Delimitação e Estrutura do Trabalho</u>	20
<u>1.7. Metodologia</u>	21
<u>1.7.1. Método de Pesquisa</u>	21
<u>1.7.2. Técnica de Pesquisa</u>	22
<u>1.7.3. Universo e Amostra</u>	22
<u>2. REGULAMENTAÇÃO DO SETOR</u>	25
<u>2.1. Breve Histórico do Surgimento das Operadoras de Plano de Saúde</u>	25
<u>2.2. Breve Histórico das Operadoras de Planos de Saúde no Brasil</u>	27
<u>2.3. A Necessidade de Regulamentação da Assistência Médica Suplementar</u>	30
<u>2.4. Histórico da Lei Nº 9656/98</u>	35
<u>2.5. As Normas que Regulamentam o Setor</u>	38
<u>2.6. As Normalizações contábeis das Operadoras de Planos de Saúde</u>	39
<u>2.6.1. Necessidade de Padronização</u>	39
<u>2.6.2 Base Legal</u>	42
<u>2.6.3. Elaboração do Plano de Contas</u>	44
<u>CAPÍTULO 3 – EVIDENCIAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO CONTÁBIL</u>	45
<u>3.1. Evidenciação e Divulgação</u>	45
<u>3.1.1. IASB</u>	46
<u>3.1.2. FASB</u>	47
<u>3.1.3. Brasil</u>	50
<u>3.2. Regularização do setor de plano de saúde</u>	52
<u>3.2.1. Órgãos de Regulamentação, Controle e Fiscalização das Operadoras de Planos de Saúde</u>	52

<u>3.2.2. Cronograma de Implementação</u>	53
<u>3.3. Estrutura do Plano de Contas Padrão para OPS</u>	54
<u>3.4. Estrutura da codificação das contas do plano de contas padrão</u>	56
<u>3.5. Principais Inovações e Particularidades</u>	64
<u>3.6. Modelos de Publicação</u>	75
<u>CAPÍTULO 4 – ANÁLISES REALIZADAS</u>	80
<u>4.1. Notas Explicativas</u>	80
<u>4.2. As notas explicativas conforme a lei das sociedades por ações (e a CVM)</u>	81
<u>4.3. Notas sobre os principais critérios de avaliação</u>	83
<u>4.4. Análise sobre a evidenciação</u>	84
<u>4.5. Notas explicativas específicas para o setor - garantias financeiras</u>	91
<u>4.5.1. Capital Mínimo ou Provisão para Operação</u>	92
<u>4.5.2. Provisão de Risco</u>	93
<u>4.5.3. Provisão de Eventos Ocorridos e não Avisados</u>	93
<u>4.5.4. Margem de Solvência</u>	94
<u>4.5.5. Outras Provisões Técnicas</u>	94
<u>4.5.6. Índice de Giro de Operação – IGO</u>	95
<u>4.6. Análise Financeira do IGO</u>	98
<u>4.7. Análise da Necessidade de Capital de Giro</u>	99
<u>4.8. Análise Comparativa IGO X NCG</u>	102
<u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	108
<u>REFERÊNCIAS</u>	112
<u>GLOSSÁRIO</u>	118
<u>APÊNDICES</u>	119
<u>ANEXOS</u>	125

1. INTRODUÇÃO

Este capítulo apresenta o cenário e relevância do trabalho, os objetivos da pesquisa, a justificativa, a definição do problema, as hipóteses e estrutura adotada, a metodologia aplicada na qual consta o método de pesquisa, técnica de pesquisa e universo e amostra.

1.1. Cenário e Relevância do trabalho

A escassez de recursos financeiros do Estado, que pudessem atender satisfatoriamente a demanda da população na área da saúde, o acesso universal, preconizado no texto constitucional, artigo 196 da Constituição Federal de 1988, “é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, na prática está longe de ser alcançado e essa ineficiência do sistema faz com que a população, de melhor poder aquisitivo e empresas, voluntariamente busquem na iniciativa privada, por alternativas para proteção de sua saúde, de seus dependentes e de seus empregados.

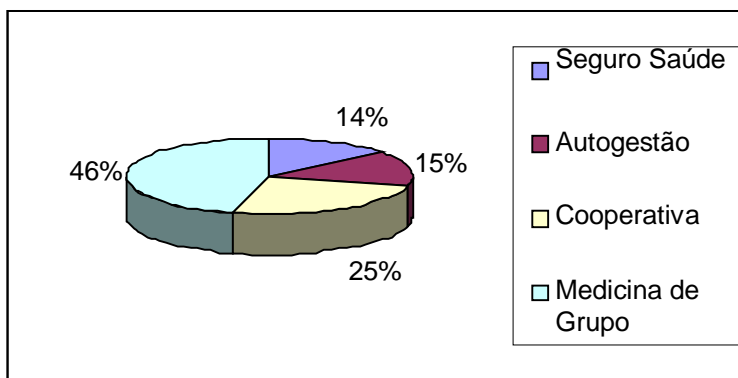
O grande impulso, em adesão, que os planos e seguros privados de assistência à saúde obtiveram nas décadas de 80 e 90, levou o governo a sancionar, em 03/06/1998, a Lei nº. 9.656 para regular e disciplinar o setor. Na prática, reconhecendo a existência de outros modelos alternativos ao Sistema Único de Saúde - SUS, criado na constituição de 1988, o governo admitiu não ser capaz de manter um sistema universal para toda a população brasileira.

Nesse cenário estão inseridos os Planos de Assistência à Saúde, segmento de relevante importância para a economia brasileira nacional.

No início do século XXI, existiam 1.514 administradoras de planos de saúde, distribuídas em todos os estados brasileiros (Folha de São Paulo, 03/02/03, p.B1), que administram os planos de saúde: Medicina de Grupo, Cooperativas de Trabalho

Médico (Unimeds), Planos de Autogestão e Seguro-saúde, sendo que este trabalho concentra-se na análise das empresas de Medicina de Grupo, pois de uma cobertura aproximada de 35,1 milhões de beneficiários, 46% (quarenta e seis por cento), ou seja, 16,2 milhões de beneficiários são atendidos pelas empresas de medicina de grupo, conforme gráfico abaixo:

Gráfico 1 – Usuários Participantes do Sistema



Fonte: Abramge (Associação Brasileira de Medicina de Grupo) Informe de Imprensa junho/2003, Adaptada pela autora.

A relevância social deste segmento pode ser verificada através do quadro 1, no qual R\$ 26,4 bilhões é o valor movimentado anualmente, no sistema supletivo de saúde.

Quadro 1 - Faturamento anual dos planos de saúde, em R\$ bilhões		
Medicina de Grupo		6,2
Cooperativa Trabalho Médico		5,0
Entidades Fechadas		7,6
Planos de Autogestão		1,5
Seguros-Saúde		6,1

Fonte: Folha de São Paulo, 03/02/03, p. B1., adaptada pela autora

Esta pesquisa pretende oferecer uma contribuição para o ensino da Contabilidade, pois existem no Brasil alguns segmentos da economia que já foram

regulados com planos de contas padrão, como por exemplo: Instituições Financeiras e Seguradoras. Um dos elementos que se observou através dos anos é que atualmente existem nos cursos de graduação em Ciências Contábeis disciplinas chamadas “Contabilidade Aplicada”, “Contabilidade Bancária”, “Contabilidade para Instituições Financeiras” ou sob outros títulos similares, devido as suas particularidades.

Além da contribuição para o ensino de contabilidade, o trabalho pretende demonstrar a importância da regulamentação contábil para o setor de Operadora de Plano de Saúde, por realizar uma análise da evidenciação oferecida por algumas empresas do setor após a promulgação da Lei nº 9656/98.

Com a regularização das Operadoras de Plano de Saúde – OPS, tornou-se possível que o mesmo ocorrido nos segmentos Instituições Financeiras e Seguradoras aconteça com as Operadoras Planos de Saúde, e assim, este trabalho pretende ser uma contribuição, pois, são passados somente dois anos da regularização contábil do segmento, portanto, esta pesquisa é uma contribuição para todos aqueles que queiram entender o processo de regularização contábil para as OPS e como ocorreu a apresentação das primeiras publicações das demonstrações contábeis deste segmento na economia brasileira.

1.2. Objetivos do Trabalho de Pesquisa

O objetivo geral desta pesquisa é:

Estudar a introdução e evolução da regularização contábil das Operadoras de Planos de Saúde Privadas na modalidade Medicina de Grupo, e como estas empresas estão apresentando as demonstrações contábeis depois da Lei 9656/98, e ainda, a situação financeira das OPS, através da análise do Índice de Giro Operacional - IGO e também a Necessidade de Capital de Giro - NCG.

O objetivo específico é:

Estudar a qualidade das evidenciações oferecidas pelas demonstrações contábeis, que após a Lei 9656/98 tornaram-se uniformes para todas as operadoras (de acordo com seu porte: pequena, média e grande) e além de observar através das publicações as principais práticas contábeis e a saúde financeira dessas OPS, neste início de século, frente às exigências de uma sociedade globalizada.

1.3. Justificativa

As operadoras privadas, na modalidade Medicina de Grupo, representam 46% (quarenta e seis por cento) das empresas que administram Planos de Saúde, e segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS 30% (trinta por cento) dessas empresas atravessam dificuldades financeiras (Folha de São Paulo, 03/02/03, p.B1).

Esta questão, num setor que fatura R\$ 26,4 bilhões anuais, recomenda cuidado aos usuários, que somam cerca de 35,1 milhões de pessoas no Brasil (<http://www.abramge.com.br>. Acesso em: 18 out. 2003).

Quando apresentam dificuldades financeiras, as empresas, normalmente, passam a atrasar ou até suspendem os pagamentos de seus prestadores de serviços, médicos, hospitais e laboratórios, que por sua vez param de atender os usuários do plano de saúde, o que pode levar a algumas ações da ANS, tais como:

- Notificação de que a empresa está com problemas de liquidez e pedindo que algumas ações sejam tomadas no sentido de sanar esses problemas (Art. 4º, XLI, e da Lei 9961/00) ;
- Notificação para apresentação de um plano de recuperação sujeito a aprovação por parte da ANS (Art 4º, XLI, e da Lei 9961/00);
- Instituição do regime de direção fiscal na OPS (art. 24 da Lei nº 9656/98);
- Cancelar a autorização de funcionamento da OPS;

- Proceder a liquidação extra judicial da OPS (Art. 24 da Lei nº 9656/98);
- Promover alienação da carteira de planos privados de assistência saúde das OPS (art. 24 da Lei nº 9656/98).

Fato ocorrido com a Saúde UNICOR Assistência Médica Ltda na Resolução da Diretoria Colegiada RDC/48 publicada no D.O.U. em 05/01/2001, e também com UNIMED de São Paulo, Cooperativa de Trabalho Médico através da Resolução Operacional RO/0116 de 20/01/2003.

Os usuários não tinham acesso às informações econômico-financeiras das operadoras até o ano calendário de 1999, porém, com a obrigatoriedade de publicação das demonstrações contábeis, estes terão condições de detectar se a operadora do seu Plano de Saúde enfrenta problemas financeiros, bem como tomar ciência do nível de comprometimento.

Como o Estado não dispõe de recursos financeiros para atender toda a população na área da saúde, quando uma operadora “quebra” deixa os usuários sem amparo, pois estes pagavam para receber um serviço que repentinamente não existe mais, com a agravante de que o Estado também não pode oferecer o rol de serviços originalmente contratado junto às operadoras.

1.4. Definição do Problema

Segundo MARCONI e LAKATOS (1999, p.28)

“Problema é uma dificuldade, teórica ou prática, no conhecimento de alguma coisa de real importância, para a qual se deve encontrar uma solução. Definir um problema significa especificá-lo em detalhes precisos e exatos. Na formulação de um problema deve haver clareza, concisão e objetividade”.

Toda a argumentação e o raciocínio desenvolvidos durante o trabalho de pesquisa visam solucionar um determinado problema, que precisa ser específico,

pois o real objetivo é transmitir e comunicar o resultado final de uma pesquisa ou reflexão, para tanto deve demonstrar uma única idéia.

Segundo GIL (1996, p.32) *“para formular adequadamente um problema é preciso ter o domínio da tecnologia adequada à solução”*. Neste trabalho de pesquisa a tecnologia mínima exigida é o conhecimento contábil, do negócio e da pesquisa científica.

Pode-se conceituar características do problema segundo os autores COOPER e SCHINDLER (2003, p.75) *“quando as características ou causas plausíveis do problema estiverem bem definidas e a questão de pesquisa for claramente informada, é possível deduzir as subquestões essenciais que vão orientar o planejamento do projeto neste estágio do processo de pesquisa”*.

De acordo com EINSTEIN, Albert *apud* COOPER e SCHINDLER (2003, p.68):

“a formulação de um problema é muito mais essencial do que sua solução, que pode ser simplesmente uma questão de capacidade matemática ou experimental. Levantar novas questões, novas possibilidades e ver velhos problemas a partir de um novo ângulo exigem imaginação criativa e representa avanço real da ciência”.

A questão abordada neste trabalho considera que, após a promulgação da Lei nº 9656/98, e demais normativos que regulamentam o setor, foram definidos os critérios para contabilização das operações, juntamente com os modelos para publicação das demonstrações contábeis das operadoras privadas de plano de saúde. Com base no exposto é possível formular e propor o seguinte problema de pesquisa.

Qual o impacto destes fatos no setor de operadoras privadas de planos de saúde?

Este problema pode ser desdobrado em outras questões, o que contribuirá para uma resposta mais completa:

Qual foi o impacto da regulamentação nas demonstrações contábeis das Operadoras de Planos de Saúde?

A obrigatoriedade da evidenciação permite uma análise da situação econômico-financeira das Operadoras de Planos de Saúde na Modalidade Medicina de Grupo no Estado de São Paulo?

1.5. Hipóteses

Segundo MARCONI e LAKATOS (1999, p.30)

“Hipótese é uma proposição que se faz na tentativa de verificar a validade de resposta existente para um problema. É uma suposição que antecede a constatação dos fatos e tem como característica uma formulação provisória; deve ser testada para determinar sua validade”.

Segundo GIL (1996, p.35) *“Hipótese é a proposição testável que pode vir a ser a solução do problema”.*

A hipótese é formulada para propor explicações para certos fatos, é a idéia central daquilo que se propõe demonstrar, deve ser clara e para sua formulação é necessário que haja embasamento teórico e caminhos definidos para uma posterior investigação.

As hipóteses delineadas para o problema apresentado são as seguintes:

- As OPS adotaram de forma completa o plano de contas padrão, a auditoria independente e a publicação das Demonstrações Contábeis;
- As demonstrações publicadas fornecem informações que permitem realizar análises sobre a situação econômica e financeira das OPS.

1.6. Delimitação e Estrutura do Trabalho

De acordo com MARCONI e LAKATOS (1999, p.31) *“Delimitar a pesquisa é estabelecer limites para a investigação”*.

Sabendo-se que temas muito extensos dificultam o aprofundamento no assunto, faz-se então, necessária sua delimitação, ou seja, a seleção de aspectos específicos torna-se fundamental para estabelecer limites no tempo e no espaço, seja em trabalhos teóricos ou em atividades práticas, pois é difícil conhecer e analisar dados suficientes que se refiram a uma área muito extensa ou a um período de tempo demasiadamente longo.

Esta pesquisa concentrar-se-á em analisar as evidenciações apresentadas nas demonstrações contábeis dos anos calendário 2001 e 2002, publicadas em jornais de grande circulação pelas Operadoras de Planos de Saúde modalidade medicina de grupo do Estado de São Paulo.

O presente trabalho está dividido em quatro capítulos, conforme os estudos necessários ao problema formulado, contendo ainda considerações finais e bibliografia utilizada. A síntese de cada capítulo é apresentada no início dos mesmos.

1.7. Metodologia

Método significa o caminho, e sua escolha define como este será conduzido; de forma geral, é o tratamento da pesquisa observando e experimentando os fenômenos a fim de se estabelecer uma verdade, a partir dos elementos observados.

Conforme LAKATOS e MARCONI (1995, p.105) *“A especificação da metodologia da pesquisa é a que abrange maior número de itens, pois responde, a um só tempo, às questões como? Com quê? Onde? Quanto?”*.

1.7.1. Método de Pesquisa

Segundo COOPER (2003, p. 48) *“A dedução é uma forma de inferência que parece se conclusiva – a conclusão deve necessariamente partir das razões dadas”*

E ainda

“...que essas razões implicam a conclusão e representam uma prova”.

A pesquisa aplicou o método dedutivo porque se baseou em uma amostra da população, partindo da observação de fatos, fenômenos, realidade objetiva, enunciada e registros específicos para obter uma conclusão sobre a amostra de empresas pesquisadas os resultados obtidos não permite fazer generalizações para a população da OPS.

Conforme as considerações aqui formuladas, este trabalho de pesquisa partiu da vivência da implantação desta normatização em uma operadora, foi feita coleta, elaboração, análise e interpretação de materiais sobre o tema, com base nas demonstrações publicadas, bibliografia e normativos aplicáveis aos aspectos contábeis do setor pesquisado.

1.7.2. Técnica de Pesquisa

De acordo com MARCONI e LAKATOS (1999, p.64) *“Técnica é um conjunto de preceitos ou processos de que se serve uma ciência ou arte: é a habilidade para usar esses preceitos ou normas, a parte prática. Toda ciência utiliza inúmeras técnicas na obtenção de seus propósitos”*.

As técnicas utilizadas neste trabalho como instrumentos que auxiliam no emprego do método são aquelas que se valem das chamadas fontes de “papel” ou documentação indireta que são a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental.

Segundo GIL (1996, p.48) *“a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”*.

Neste trabalho foi feita a pesquisa em livros de leitura corrente e referência, publicações periódicas e impressos diversos, porém, a bibliografia sobre o tema estudado é limitada, mas há que considerar que o tema é recente, porém, alguns trabalhos acadêmicos foram encontrados e utilizados a contento.

Segundo GIL (1996, p.51) *“A pesquisa documental assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica. A diferença essencial entre ambas está na natureza das fontes”*.

A seleção de dados desta pesquisa foi documental envolveu imprensa em geral, órgão fiscalizador, órgão representante da classe e sites da internet.

1.7.3. Amostra selecionada para a pesquisa

A parcela examinada de um grupo é chamada de amostra enquanto o grupo todo é chamado de universo ou população. Uma população é composta por itens que possuem uma característica comum que os identifica dentro da mesma categoria, uma vez que o propósito da amostra é fazer generalizações sobre a população básica, é necessário que esta população seja representativa da população para permitir generalizações válidas.

Segundo COOPER (2003, p.167) “ *podemos usar os procedimentos amostragem não-probabilística porque eles atendem satisfatoriamente aos objetivos de amostragem.*”

Segundo COOPER (2003, p.168) “*As amostragens não-probabilísticas que são irrestritas são chamadas de amostras por conveniência*”

Amostragem não probabilística é aquela em que a seleção dos elementos da população para compor a amostra depende ao menos em parte do julgamento do pesquisador ou do entrevistador no campo. (MATTAR, p. 132).

A amostra por conveniência é formada por elementos que o pesquisador reuniu porque simplesmente dispunha deles, tem como característica principal não fazer uso de formas aleatórias de seleção torna-se impossível à aplicação de formas estatísticas para cálculo, não podem ser objeto de certos tipos de tratamento estatístico.

O pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso admitindo que estes possam representar um universo.

A amostragem nesta pesquisa foi por conveniência (não probabilística) e o número de OPS foram onze, estabelecido arbitrariamente usando como base a relação das 20 maiores Operadoras Brasileiras de Plano de Saúde Privadas Modalidade Medicina de Grupo em número de beneficiários, que se encontra no quadro 2.

A amostra são todas as OPS do Estado de São Paulo desta relação (onze) que representa em número de beneficiários aproximadamente 25% das OPS do Estado de São Paulo¹, porém as selecionadas foram seis, porque na coleta dos dados (balanços de 2001 e 2002), em 6 (seis) destas OPS foi possível coletar os balanços de 2001 e 2002 em 3 (três) foi coletado os balanços do período 2002 e em 2 (duas) não foi possível coletar os balanços.

¹ <http://www.abramge.com.br/>. Acesso em 18 de out. 2003 – Informe de Imprensa

Quadro 2 - 20 MAIORES EMPRESAS DE MEDICINA DE GRUPO – Base NOVEMBRO/2002

EMPRESAS	FONES	CONTATOS
AMIL (RJ)	(21) 508-2000	DR. Antonio Jorge G. Kropf
PRO SAÚDE – SAMCIL (SP)	(11) 3351-2890	Sra. Mirian F. Leme
GOLDEN CROSS (RJ)	(21) 565-4086	Dr. João Carlos Goncalves Regado
MEDIAL SAÚDE (SP)	(11) 5508-4000	Dr. Mário Wanderley J. Vieira
CIGNA SAÚDE – AMICO (SP)	(11) 5586-1722	Dr. Luiz Roberto Fonseca Camargo
INTERCLÍNICAS PLANOS DE SAÚDE (SP)	(11) 6097-5225	Dr. Marco Aurélio de Campos
AMESP (SP)	(11) 3085-6055	Prof. Joamel Bruno de Mello
ASSIM (RJ)	(21) 509-8059	Dr. José Gilson da Conceição Nadais
GRUPO SAÚDE ABC (SP)	(11) 4433-2662	Sra. Ana Maria de Oliveira Santos
SIM (SP)	(11) 5524-4191	Sr. Sidnev Giamarusti
PROMÉDICA (BA)	(71) 203-4400	Dr. Jorge Valente Filho
STA. CASA MIS. B. HORIZONTE (MG)	(31) 3238-8745	Sra. Regina Torres
SEISA SERV. INTEG. DE SAÚDE LTDA SP	(11) 6463-6000	Dr. Valentim Margarido Fernandes
SEMIC - RJ	(21) 2286-8000	Dr. Flávio Heleno P. de Figueiredo
SANTA HELENA ASSIST. MÉDICA (SP)	(11) 4121-3411	Dr. José Miguel Bergamo Ruggiero
CLINIHAUER (PR)	(41) 342-2001	Dr. Joelson Z. Samsonowski
SOBAM (SP)	(11) 7396-6655	Dr. Vitório Rochi
HAP VIDA (CE)	(85) 255-9090	Dr. Cândido Pinheiro de Lima
SANTA AMÁLIA SAÚDE (SP)	(11) 3272-0375	Sr. Cláudio Oliveira Munhoz
PARANÁ CLÍNICAS (PR)	(41) 340-3000	Dr. Arthur Leal Neto

Fonte: www.abramge.com.br. Acesso em: 25 de mar. 2003.

2. REGULAMENTAÇÃO DO SETOR

Tendo em vista o objetivo deste trabalho (introdução e evolução da regularização das OPS bem como a análise de sua situação econômica e financeira), foi elaborado neste capítulo o histórico de como surgiram as OPS no mundo e também no Brasil, como surgiu a necessidade de regulamentação, a Lei e outras normas que regulamentaram o setor.

2.1. Breve Histórico do Surgimento das Operadoras de Plano de Saúde.

Os primeiros planos de saúde foram formados por grupos de médicos americanos, o sistema de medicina de grupo surgiu em Baltimore, EUA, em 1929, decorrente de dois fatores determinantes: o custo dos serviços médicos e o poder aquisitivo da população (<http://www.abramge.com.br>. Acesso em: 19 ago. 2003). Os custos gerados pelos novos processos e equipamentos encareciam o atendimento prestado aos pacientes.

Esta constatação feita pelos médicos os conduzia à outra: ficava cada vez mais difícil para as pessoas arcarem com os custos de suas eventuais despesas médico-hospitalares, surge então a formação do segmento de Medicina de Grupo as HMOs *Health Maintenance Organizations*, que é a forma mais antiga de atenção gerenciada (*managed care*), “usa-se o termo atenção gerenciada para descrever uma variedade de mecanismos pelos quais as operadoras de planos de saúde buscam conter os custos e, ou, racionalizar a utilização de serviços e/ou insumos, incorporados, em cada tratamento, em outras palavras, os diversos mecanismos de *managed care* visam conter a utilização de serviços de saúde, supostamente supérfluos, por parte dos pacientes e, assim, reduzir os custos da atenção médica”. (DRANOVE et al., 1998).

As HMOs oferecem um conjunto de serviços pré-estabelecidos, com base em um pagamento pré-determinado, geralmente mensal.

Há também nos Estados Unidos outras formas de “*managed care*” como as PPOs *preferred provider organizations*, nas quais são feitos acordos com os prestadores que, ao reduzirem seus preços são cadastrados em uma lista de prestadores preferenciais, o pagamento é compartilhado entre a operadora e o beneficiário, é a forma de atenção mais próxima do seguro, e os POS *point-of-service* (ponto de serviço), “consideradas formas mais atualizadas de prestação de serviços ao oferecerem aos beneficiários maior poder de escolha”. (IGLEHART, 1994; GOLD et al. 1995).

Dentro desse processo de atenção gerenciada alguns dos elementos utilizados são:

- A contratação seletiva de prestadores;
- A adoção de protocolos clínicos e a introdução do médico generalista, que atuando no nível primário de saúde procura servir como porta de entrada do sistema, evitando a procura direta aos hospitais e a procedimentos mais caros;
- O condicionamento do pagamento ao prestador à adequação deste as normas estabelecidas;
- Negociação permanente de preços;
- O gerenciamento da qualidade e da atenção do cliente.

Neste modelo de atenção gerenciada, existem diferenças entre as organizações, tais como:

- A forma de relacionamento entre os prestadores com acordos sobre a remuneração,
- compartilhamento financeiro dos riscos e tipo de plano, principalmente quanto ao preço e a liberdade de escolha.

Os fatores apresentados são as diferenças das referidas organizações. Pode ser observado que nos tipos de organizações norte-americanas de atenção gerenciada, as diferenças não dizem respeito à estrutura, mas a linha de alternativas aos consumidores.

O modelo das HMOs depois aprimorado e organizado em empresa prosperou e acabou sendo espelho para as primeiras organizações de medicina de grupo no Brasil, semelhantemente ao que ocorreu em outros países.

2.2. Breve Histórico das Operadoras de Planos de Saúde no Brasil

No Brasil, o embrião do sistema supletivo de saúde com atendimento médico-hospitalar foi formado em São Paulo, em 1956, quando uma empresa de porte expressivo desativou seu serviço de saúde e contratou um grupo de médicos, dentre eles, aqueles que desempregara foram recontratados, para darem assistência aos seus funcionários mediante um pré-pagamento fixo.

No início dos anos 60 com o crescimento industrial acelerado principalmente pela implantação da indústria automobilística na região do ABC, cidades metropolitanas de São Paulo, médicos se organizaram em grupos criando uma estrutura de atendimento com custos fixos e previsíveis, para preencher o vazio deixado pelo Estado que já demonstrava sua incapacidade em acompanhar o novo momento, caracterizado pela queda na qualidade do atendimento médico-hospitalar oferecido pelo setor público, longas filas de espera e superlotação dos hospitais.

De outro lado, os altos custos da medicina eram crescentes até mesmo pela explosão do desenvolvimento tecnológico, diminuindo assim a procura pelo atendimento particular, que ainda era comum.

Diante deste cenário surgiu a Medicina de Grupo, um sistema de elevado padrão técnico profissional, com serviços próprios e credenciados, e uma estrutura de atendimento que inclui: médicos contratados e conveniados, serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento especializado, além de programas de medicina preventiva.

A Medicina de Grupo hoje é a responsável pela cobertura de 16,2 milhões de beneficiários, 77,78% deles constituídos de trabalhadores e seus familiares (<http://www.abramge.com.br>. Acesso em: 18 out. 2003), cujos planos, chamados de

coletivos ou empresariais, são custeados no todo ou em parte pelas empresas contratantes.

Com características idênticas às da medicina de Grupo, em 1967, na forma de Cooperativa de Trabalho Médico eram formadas as Unimeds, com população atendida hoje na ordem de 25% (vinte e cinco por cento) dos beneficiários com cobertura do sistema (www.abramge.com.br. Acesso em: 12 ago. 2003).

Mais recentemente surgiu com expressividade o Seguro Saúde, responsável pelo atendimento a 5,5 milhões de segurados, cujo plano é vendido e administrado por seguradoras que atuam no mercado com outros produtos, sem estrutura própria, na forma de reembolso das despesas com consultas, exames e internação no limite da apólice contratada (www.abramge.com.br. Acesso em: 18 out. 2003).

As seguradoras garantem riscos, enquanto as operadoras de planos de saúde prestam serviços através de hospitais próprios e contratados, também médicos contratados e conveniados.

Complementando a área privada de saúde, foi criado o sistema de autogestão que é organizado e patrocinado por grandes empresas, públicas ou privadas. Este segmento atua exclusivamente no atendimento dos quadros funcionais próprios e de seus dependentes, sendo responsável pela assistência a 6,7 milhões de pessoas.

No total, o setor privado atende a quase um quarto da população brasileira, cerca de 35,1 milhões de pessoas, com mais de um milhão de procedimentos médicos em cada dia útil, quantia que corresponde a todo investimento público na área da saúde. Estes números refletem a dimensão de sua relevância (www.abramge.com.br. Acesso em: 18 out. 2003).

A Medicina de Grupo realizou, em 2002, 95,5 milhões de consultas médicas, 1,98 milhão de internações hospitalares e 137,27 milhões de SADT Serviços auxiliares de diagnósticos e terapia (<http://www.abramge.com.br>. Acesso em: 18 out. 2003).

Em 1988, a nova Constituição Brasileira reconheceu a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, que deve garanti-lo e financiá-lo, criou-se então, consciência generalizada de que toda a população pode contar com assistência médica gratuita.

Como, na prática isso é impossível, empregadores previdentes têm procurado manter seus empregados e familiares cobertos através da assistência pelo Sistema Privado de Atenção à Saúde, aqueles que não dispõem da cobertura patronal, procuram abrigar-se igualmente na conformidade da capacidade econômica de cada um.

Com a adoção do plano real, em 1994, a perspectiva de aumento do poder de compra de expressivo contingente populacional e a informalidade do mercado de trabalho estimularam a comercialização de planos individuais, por intermédio de hospitais filantrópicos e empresas médicas. Estes planos ofereciam o acesso a serviços restritos, e/ou a um único estabelecimento hospitalar, geralmente localizado em periferias das grandes cidades ou em municípios de médio e pequeno porte.

O congresso encerrou o debate sobre o processo legislativo que concluiu por aprovar a Lei nº 9.656, em junho de 1998, que regulamentou a atividade dos Planos de Saúde, num processo complexo e confuso, com a lei começando a ser alterada já no primeiro dia depois da sua publicação, através de Medida Provisória, que é um ato do Executivo, com força legal, até que o Congresso o examine.

Depois através da Lei nº 9961 de 28/01/2000 foi criada a Agência Nacional de Saúde – ANS, destinada a ser mantida financeiramente pelas operadoras e a ser reguladora e fiscalizadora do sistema nas suas relações com o consumidor.

2.3. A Necessidade de Regulamentação da Assistência Médica Suplementar²

Segundo a coletânea Regulação & Saúde, pág 13, havia consenso em torno da necessidade de intervenção estatal sobre a atuação das operadoras de planos de saúde. As divergências diziam respeito, apenas, aos objetivos e limites dessa intervenção. Mas só a partir de 1998, com a promulgação da Lei nº 9656/98, coibiram-se os abusos das operadoras de planos de saúde contra os consumidores.

Em termos gerais, a regulamentação visava corrigir e atenuar as falhas do mercado, como a assimetria de informações entre clientes, operadoras e provedores de serviços e a seleção de riscos. A seleção dava-se da parte das empresas de planos – que preferem oferecer cobertura para os riscos menores - e, por parte de clientes, - que tendem a adquirir seguros e planos em razão de já apresentarem um problema (seleção adversa) e a consumir mais serviços em função das coberturas dos planos.

A regulamentação tinha como objetivos principais:

- Corrigir as distorções quanto à seleção de riscos, praticada pelas operadoras,
- Preservar a competitividade do mercado.

Para tanto, deveria haver ampliação de cobertura; ressarcimento ao SUS; registro das operadoras; acompanhamento de preços pelo governo; obrigatoriedade da comprovação de solvência; reservas técnicas; permissão para a atuação de empresas de capital estrangeiro e proibição do monopólio de atividades por uma única empresa.

A intervenção estatal para corrigir o mercado gerou polêmica. Argumentava-se, por exemplo, que isto teria a finalidade de abrir o mercado às empresas

² Este item foi desenvolvido com base na leitura, análise e reflexão sobre o texto de LIGIA BAHIA & ANA LUIZA VIANA, que faz parte da coletânea Regulação e Saúde publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em 2002, mencionada na bibliografia.

estrangeiras, e que o capital internacional seria um instrumento de revitalização da operação de planos de saúde, e de desmonte do mercado nacional.

Em contrapartida, com vistas a proteger os direitos dos consumidores e a autonomia médica, considerava-se que as políticas governamentais deveriam garantir assistência de boa qualidade aos clientes dos planos, e coibir as restrições ao atendimento e os obstáculos à utilização de determinados procedimentos.

As empresas médicas e as seguradoras resistiam a ampliar o alcance de suas coberturas; as operadoras de pequeno porte ameaçavam falir, em virtude da exigência de comprovação de solvência. Assim, discutiam-se os limites da regulação governamental e a intensidade da intervenção estatal sobre o mercado.

Estes conflitos foram reinterpretados pelos Ministérios da Fazenda e da Saúde. Estes ministérios tornaram-se defensores, respectivamente, de uma regulação governamental de menor intensidade, institucionalizada através da SUSEP³, e de uma ação mais efetiva do Estado, através do Ministério da Saúde.

O debate em torno da elaboração da Lei nº 9656/98 teve o mérito de revelar uma série de abusos das operadoras contra os clientes, e de remeter à esfera pública as prerrogativas de regulação e controle da assistência oferecida pelas empresas de medicina suplementar. Ainda não foram, contudo, reveladas, as características inconfessadas da assistência médica suplementar como a estratificação interna, as fronteiras entre subsistemas assistenciais e os mandamentos ético-financeiros das empresas. Preservaram-se, também, as influentes coalizões de interesses a sustentarem as regras de auto-regulamentação e, sobretudo, um processo de decisão a se pautar pela inversão das atribuições dos poderes legislativo e executivo.

³ A SUSEP é o órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. (www.susep.gov.br. Acesso em: 02 mar. 2004).

Portanto, os avanços desse processo não lograram contribuir para o aperfeiçoamento das políticas de gestão dos riscos à saúde, nos âmbitos público e privado. Uma avaliação dos obstáculos para o cumprimento dos preceitos legais ajuda a elucidar a relativa imunidade, à intervenção governamental, das regras a organizarem o mercado de assistência suplementar.

O Ministério da Saúde, por exemplo, viu-se pressionado por grandes seguradoras e por entidades de defesa do consumidor, e as isentou de adaptar os contratos antigos à necessidade de ampliação das coberturas, prevista pela legislação (Medida Provisória nº 1908-17).

Diante da determinação de ampliar a cobertura, as ameaças de elevação brutal dos preços dos prêmios por parte da assistência médica suplementar constituída por clientes de planos individuais do tipo executivo, legitimaram na prática, o direito do consumidor “optar” por manter-se vinculado a um plano mais barato, com coberturas restritas.

Isto incidiu diretamente sobre outro pilar da regulamentação, o ressarcimento ao SUS, concebido para desestimular o atendimento de clientes de planos de saúde em estabelecimentos da rede pública, e da rede privada sob regime de convênio com a rede pública. Os entraves ao cumprimento do dispositivo legal que determinara o ressarcimento ao SUS revelaram uma prática comum a provedores de serviços, públicos e privados.

A introdução de uma tabela para a remuneração dos procedimentos - a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (TUNEP), concebida segundo valores intermediários entre os preconizados pela AMB e pelo SUS -, provocou reações paradoxais. Alguns médicos recusam-se a registrar o consumo de certos procedimentos, quando os mesmos são melhor remunerados pelo SUS, como despesas das operadoras; por outro lado, as operadoras argumentam que seus clientes escolhem espontaneamente o SUS, e, por isso, as empresas estariam desobrigadas a ressarcir tais despesas.

Atualmente, qualquer previsão sobre os desdobramentos da exigência de ressarcimento ao SUS seria precipitada, pois está no início o estágio de adequação à legislação. Existem indícios, porém, da ineficácia de medidas eminentemente tecnocráticas para regular os tradicionais mecanismos de transferência de clientes entre os setores público e privado.

Dois outros temas – a abertura do segmento ao capital estrangeiro e as regras econômico-financeiras voltadas à comprovação de reservas e de solvência –, dizem respeito às intenções de se estimular à reorganização do mercado.

A reconfiguração do mercado de planos de saúde — em face das alterações na legislação sobre acidentes de trabalho e sobre previdência complementar, inclui promessas de estruturar sistemas de seguridade integrados ao âmbito privado. Inclui integrar, por exemplo, um plano de saúde ao seguro de acidente de trabalho. Por enquanto, os efeitos destas normas legais não provocaram mudanças radicais na origem do capital, ou nas naturezas jurídica e institucional das operadoras, nem na quantidade de empresas de planos e de seguro de saúde de menor porte.

Outro ponto sobre a regulamentação foi alvo de acirradas disputas entre os Ministérios da Saúde e da Fazenda, e resultou na criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 2000. A ANS, tal como a Agência de Vigilância Sanitária e suas congêneres, instituídas para regular monopólios estatais que passaram ao domínio privado, possuem autonomia de orçamento e de decisão.

Todas as agências reguladoras assemelham-se, quanto à estrutura, às dos setores de telecomunicações, de energia elétrica e de petróleo. Diferem, contudo, quanto à natureza das ações reguladoras. Pois, as agências dos setores de comunicações e de energia voltaram-se para a formação e a diversificação dos mercados. As de saúde tinham a intenção de constituir mecanismos; as estatais mais afazeres de fiscalização e controle de preços.

Qualquer avaliação dos impactos da ANS sobre os mercados de planos, de seguros de saúde deve ser precedida por estudos mais específicos e aprofundados.

Entretanto, são polêmicos os pressupostos que orientaram a constituição desta agência.

A criação da ANS a despeito das dúvidas sobre a adequação de seus modelos de regulação aos objetivos do governo, expressa a ampliação das atribuições das instituições a gerirem no setor da saúde. A mudança no perfil de um Ministério antes combalido, a suplicar recursos, e, agora defensor dos direitos do consumidor de planos de saúde e de medicamentos, encarna-se na criação de novas instituições, livres dos vícios da burocracia tradicional.

Ao mesmo tempo, a ANS difunde conceitos e acolhe iniciativas que entram em conflito com as diretrizes de universalização, equidade e descentralização do sistema público de saúde. A expressão “saúde suplementar” — inadequada para denominar a Instituição — parece condensar as dificuldades para se formular, e pôr em prática políticas públicas de regulação do mercado de planos de saúde.

Porém, a escolha da ANS como órgão regulador da assistência médica suplementar vem sendo poupada de críticas radicais. Os conflitos em relação às normas legais dizem respeito à intensidade e à oportunidade das ações reguladoras. Deduz-se, portanto, que a regulamentação avançou mais velozmente no plano político-institucional do que no da implementação das regras legais.

As razões de tal descompasso são atribuídas, quase sempre, às resistências das operadoras à legislação. Apesar de haver consenso sobre a necessidade da regulamentação, as divergências entre as operadoras de planos de saúde e a ANS não foram suficientemente dirimidas e têm motivado acirradas disputas judiciais.

As relações entre o público e o privado, na saúde, exigem a ampliação dos debates, a fim de que a regulação do mercado venha a orientar-se para a melhoria das condições de saúde. A atual legislação não reconhece a base social do financiamento da assistência médica suplementar e, tampouco, o mosaico público-privado que estrutura o setor da saúde. E, assim, é incapaz de dar outra direção aos recursos lançados no mercado de planos de saúde.

A regulação pública do setor privado deveria concentrar seus esforços no aumento da competitividade desse mercado, tanto em preços quanto em qualidade. E, simultaneamente, legitimar a ação de governo, através da reavaliação das atuais regras de subsidiamento através de deduções fiscais, do atendimento das demandas de planos de saúde.

As tarefas reguladoras, fundamentadas no pressuposto de um reordenamento da produção privada, segundo a lógica da gestão de bens públicos, devem acompanhar o rumo das políticas de provimento e distribuição dos serviços públicos.

A regulação pública dos planos privados de saúde requer a construção de novas relações de compartilhamento de riscos à saúde entre Estado, empresas empregadoras e famílias. Faz-se necessário rever o painel de seleção de riscos utilizado pelos provedores de serviços de saúde, e adequá-lo às demandas e necessidades dos clientes do SUS e dos planos de saúde.

Por enquanto, a divisão de responsabilidades, pelos riscos da assistência à saúde entre Estado e mercado resulta num quadro de iniquidades mais grave do que haveria caso a sociedade não destinasse recursos aos planos de saúde. A carga de riscos de despesas com saúde das famílias de clientes cobertos por planos empresariais, do tipo executivo, não-contributivo, é totalmente voltada para fora, enquanto são vultosas as despesas dos clientes de planos básicos, contributivos, especialmente os que prevêm o co-pagamento do consumo dos serviços. Apesar disso, a divisão do sistema entre público e privado continua a basear-se no critério que distingue os clientes entre pagantes e não-pagantes.

2.4. Histórico da Lei Nº 9656/98

Segundo VENDRAMINI (2001, p.36) A primeira tentativa, que se tem notícia no Brasil, de regulamentar de maneira conjunta, a operação de planos e seguros de saúde, deu-se através do Decreto Lei nº 73, de 1966, o qual não teve êxito em função do não estabelecimento de normas fiscalizadoras para o setor quando da sua

regulamentação através do Decreto nº 60459, de 1967 (<http://www.setat.com.br> 23/01/01).

Devido às características particulares de cada um dos segmentos de medicina supletiva no país, todas as alternativas de regulamentar-se, através de um único documento, só vieram a se concretizar, mais de trinta anos depois com a sanção presidencial da Lei nº 9656, em 03/06/1998.

“A Lei nº 9.656, que regulamenta os planos privados de assistência à saúde, foi sancionada em 03 de junho de 1998, após mais de sete anos de discussões e diversos projetos apresentados na Câmara e no Senado Federal. A discussão decolou mesmo em fevereiro de 1994 quando o Senado aprovou o projeto 93/93 do então senador Iram Saraiva contendo apenas três artigos.

O projeto seguiu para a Câmara dos Deputados sendo-lhe atribuído o número 4.425/94. Em setembro de 1996, após longo tempo ausente de pauta dos debates, a Câmara criou uma comissão especial para examinar o assunto e dar seqüência aos trâmites legais. O governo, inclusive, criou um grupo de trabalho interministerial - Saúde, Justiça e Fazenda -, que apresentou uma versão preliminar para discussão. Até agosto de 1997 tinham sido apresentados 24 novos projetos e 131 emendas, das quais somente 13 foram aceitas e incorporadas no substitutivo ao projeto de Lei 4.425/94, apresentado pelo relator deputado Pinheiro Landim, passando a ter, então, 36 artigos.

Exatamente em 14.10.1997 o plenário da Câmara votou o substitutivo – foram 306 votos a favor, 100 contra e três abstenções, maioria e 3/5, placar suficiente até para alterar dispositivos da Constituição Federal.

Entretanto, devido às alterações que o projeto sofreu na Câmara, era preciso que ele retornasse ao Senado para apreciação e votação, onde nenhuma alteração poderia ser realizada, somente supressões, em obediência ao regimento daquela Casa. Após várias audiências públicas, onde participaram representantes de órgãos e entidades envolvidas com o tema, e da promessa do governo em editar Medida Provisória regulamentando as questões mais polêmicas, em 6 de maio de 1998 a Comissão de Assuntos Sociais do Senado presidida pelo senador Ademir Andrade, manifestou-se,

por unanimidade, favorável ao parecer do senador Sebastião Rocha e proposta de redação final do Projeto de Lei do Senado nº 93, de 1993 (nº 4.425, de 1994, na Câmara dos Deputados), que dispunha sobre os Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde, consolidando as disposições aprovadas no Substitutivo da Câmara, com algumas supressões no texto, negociadas com o governo.

Finalmente, na semana seguinte, em 12 de maio, o plenário do Senado aprovou, também por unanimidade, o parecer nº 235, de 1998. Em 3 de junho, o projeto tornou-se Lei nº 9.656 com a sanção, sem vetos, pelo Presidente da República Fernando Henrique Cardoso. A Lei entrou em vigor em 03/09/1998, noventa dias após sua publicação. No dia seguinte ao da sanção da Lei foi editada a primeira Medida Provisória de nº 1665 alterando dispositivos da referida Lei, foram 45 as MPs, a última é a de nº 2.177-44 de 24/08/2001 por força de uma emenda constitucional então aprovada no Congresso, as medidas provisórias que até então tinham que ser reeditadas a cada 30 dias passaram a ter validade até o pronunciamento do Legislativo, dispensando reedição “. (<http://www.abramge.com.br> 10/07/ 2003).

As principais alterações nos planos de saúde, introduzidas por esta lei, foram:

- proibida a interrupção da internação hospitalar;
- suspensão ou cancelamento do contrato somente após 60 dias de inadimplência;
- aumento de preços para contratos individuais/familiares somente com autorização prévia do órgão governamental competente;
- usuários com 60 anos de idade ou mais e 10 anos de plano não poderão ter aumento por mudança de faixa etária;
- cobertura para transplantes de rim e córnea;
- cobertura para doenças e lesões preexistentes;
- carências máximas:
 - 24 horas: urgência e emergência;
 - 180 dias: demais procedimentos;
 - 300 dias para parto.

- extensão do plano para aposentados e ex-empregados;
- ressarcimento ao SUS quando atenderem os seus beneficiários;
- comprovação de capacidade técnica e financeira para as empresas operarem;
- permitida a participação do capital estrangeiro no segmento de planos privados de saúde.

2.5. As Normas que Regulamentam o Setor

A Lei nº 9656/98 – combinada com a MP nº 2177-44 (A versão definitiva aguarda consolidação pelo Congresso), definiu as regras de funcionamento do setor de assistência suplementar a saúde.

A Lei nº 9961/2000 – Criou a ANS e definiu a sua finalidade; estrutura; atribuições; sua receita; a vinculação ao Ministério da Saúde e a sua natureza.

Todas as regras do setor publicadas pelo Congresso Nacional, pelo Conselho de Saúde Suplementar – CONSU, pela Diretoria Colegiada da ANS, por cada Diretoria da ANS e pelo Ministério da saúde estão reunidas em:

a) Legislação Principal

- Lei nº 9656/98
- Lei nº 9961/2000

b) Regulamentações Normativas – São regras que estabelecem políticas para o setor de saúde suplementar nacional e se dividem em:

- Instruções Normativas – DIDES
- Instruções Normativas – DIGES
- Instruções Normativas – DIOPE
- Instruções Normativas – DIPRO
- Resoluções – RE
- Resoluções CONSU – (Até 1999)
- Resoluções CONSU – (desde 2000)

- Resoluções da Diretoria Colegiada – RDC
 - Resoluções Normativas – RN
 - Súmulas Normativas
- c) Regulamentações Operacionais – Expressam decisões da Diretoria Colegiada de alcance externo, tais como: Alienação de carteira, instauração de regimes de direção técnica, direção fiscal e de liquidação extrajudicial de operadora de planos privados de assistência à saúde e dividem-se em:
- Portarias do diretor Presidente da ANS
 - Resoluções da Diretoria Colegiada – RDC
 - Resoluções Operacionais - RO
- d) Outras Normas – É possível encontrar algumas leis que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde suplementar (<http://www.ans.gov.br>).

2.6. As Normalizações contábeis das Operadoras de Planos de Saúde

Sendo a atividade “plano de saúde” regulamentada conforme já foi dito anteriormente, e para que se tenha um controle sobre esta atividade faz-se necessário um controle de forma centralizada, e para isto é fundamental haver uma padronização do formato de geração e fornecimento das informações para o órgão controlador, e isto foi o que fez a ANS ao editar a RDC nº 38/2000 alterada pela RN nº 03 de 18/04/2002 e pela RN nº 27 de 01/04/2003, padronizando a contabilidade através de um plano de contas padrão e outras normas, tudo isto para medir o desempenho desta atividade e outras análises.

2.6.1. Necessidade de Padronização

O Plano de Contas é um dos principais instrumentos de controle operacional das empresas, conforme IUDÍCIBUS (2000, p.33) “*A elaboração de um plano de Contas é fundamental no sentido de utilizar todo o potencial da contabilidade em seu valor informativo para os inúmeros usuários*” e tendo em mente as várias

possibilidades de relatórios gerenciais e para uso externo que serão produzidos através do plano de contas, pois estes relatórios propiciarão tomadas de decisão mais ágeis e eficazes por parte dos usuários e propiciará uma análise mais completa e correta do desempenho das Operadoras.

De acordo com a palestra proferida pela ABRAMGE⁴ a padronização perseguida pelo Plano de Contas Padrão permitirá:

- A análise do desempenho de uma mesma Operadora ao longo de sua existência;
- A análise de solvência das Operadoras;
- A padronização dos dados de custo dos produtos ofertados pelas várias Operadoras;
- A consolidação de Ativos, Passivos e Resultados de um determinado segmento de Operadoras;
- A comparabilidade de desempenho de uma Operadora com outras congêneres do mesmo e de diferentes portes;
- Agilizar o trabalho de fiscalização das Operadoras por parte da ANS; e
- Facilitar o fornecimento, por parte das Operadoras de informações gerenciais.

Além disso, o Plano de Contas Padrão busca auxiliar e subsidiar as decisões da Agência diante da complexidade do mercado, tendo em vista:

- a) Porte das Operadoras – O universo de Operadoras a ser atendido é muito vasto e diversificado, um grande número de operadoras de diversos portes, desde grandes planos de âmbito nacional, até Operadoras que só atendem no âmbito municipal;
- b) Finalidades – As Operadoras podem atuar com finalidades lucrativas ou não lucrativas;
- c) Forma jurídica – As organizações que atuam como Operadoras exercem suas atividades sob a forma de sociedade anônima, sociedade limitada, sociedade civil com fins lucrativos, associação- fundação e até mesmo firma individual;

⁴ Material fornecido pela ABRAMGE em 2003 e não consta a data da palestra.

- d) Segregação do resultado tributável do não tributável – no caso de cooperativas, foi prevista a segregação de contas de receitas/despesas de atos cooperativados e não cooperativados, ensejando a apuração de resultados segregadamente, em vista da tributação/não tributação das operações que envolvam um ou outro tipo de ato.

A resolução do CFC nº 944/02 aprovou os aspectos contábeis das entidades cooperativas operadora de planos de assistência à saúde, no tocante as movimentações econômico-financeiras das entidades e terão o seguinte tratamento contábil:

- Aquelas decorrentes do ato cooperativo, na forma prevista no estatuto social, serão denominadas respectivamente ingressos e dispêndios;
- Aquelas decorrentes dos atos não-cooperativos, na forma disposta no estatuto social, são definidas contabilmente como receitas, custos e despesas e devem ser registradas contabilmente de forma segregada das decorrentes dos atos cooperativos.

e) Segmentação:

I) A classificação de uma Operadora deve ser feita em função de pertencer a um dos seguintes segmentos:

- Administradora (de planos ou Serviços);
- Medicina de Grupo;
- Cooperativa médica;
- Filantropia
- Odontologia de Grupo;
- Cooperativa Odontológica; e
- Autogestão.

II) - SEGMENTO DO TIPO DE ATENÇÃO HOSPITALAR

SPP – Segmento Primário Principal > 60% próprio

SPP/SUS – Segmento Primário Principal/SUS > 30% SUS

SPS – Segmento Primário subsidiário 30% < próprio < 60%

SSP – Segmento Secundário Principal > 60% Médicos próprios

SSS – Segmento Secundário Subsidiário 30% < Médicos próprios < 60%
 ST – Segmento Terciário próprio < 30%

III) - SEGMENTO DO TIPO DE ATENÇÃO ODONTOLÓGICA

SP – Segmento Odontológico Próprio > 30% Próprio
 SM – Segmento Odontológico Misto 10% < próprio < 30%
 ST – Segmento Odontológico Terciário 30% < próprio < 60%

A classificação das OPS conforme seus segmentos pode ser sintetizada conforme o quadro 3, apresentado na página seguinte.

2.6.2 Base Legal

A competência para implantação de um plano de contas Padrão esta prevista na Lei nº 9656/98, conforme a seguir demonstrado:

“Art 35-A – Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar – CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:...

IV – Fixar normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das empresas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656 de 1998, incluindo:...

d)normas de contabilidade, atuarias e estatísticas “.

A Resolução da Diretoria Colegiada-RDC nº 30, de 19/07/2000, por sua vez, dispõe que:

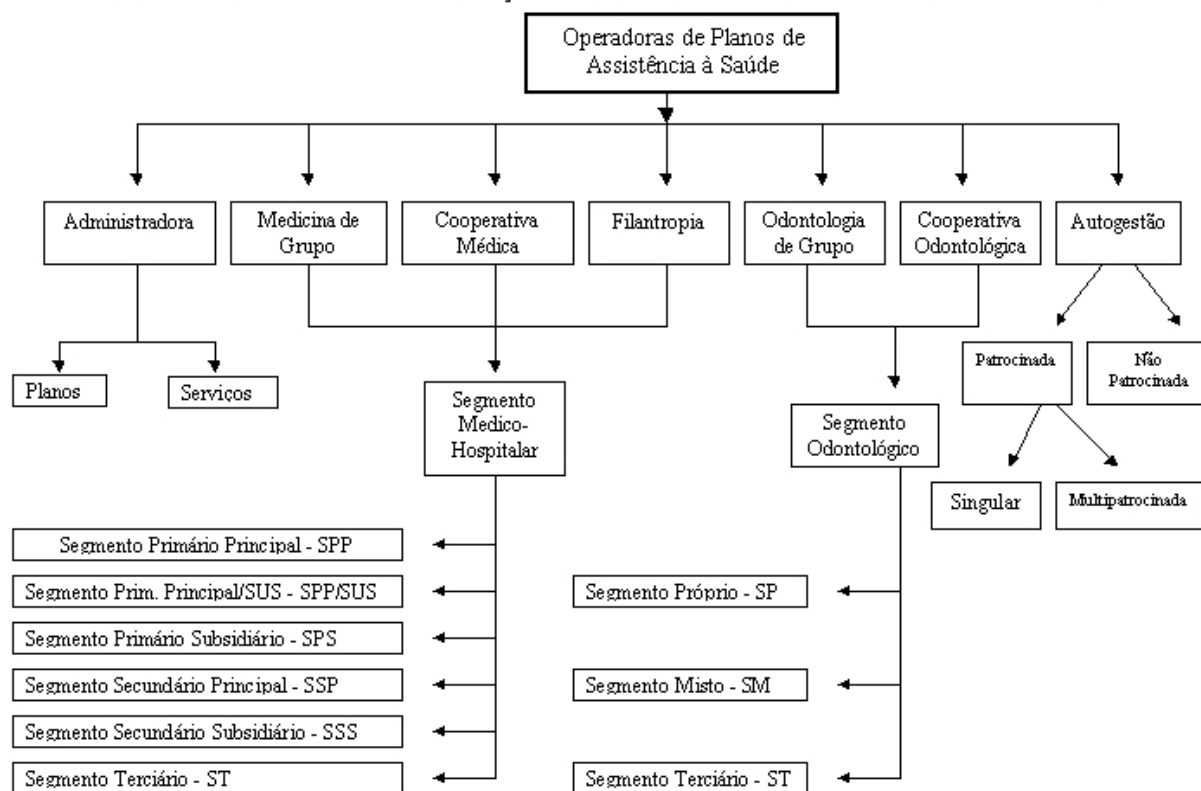
“Art 18 – À Gerência Geral de Regulamentação e Habilitação das Operadoras compete:

I – propor normas à Diretoria, para posterior deliberação do CONSU, com apoio técnico das demais gerências da ANS, quanto à constituição, organização e funcionamento das operadoras, no que concerne a:

...

b) contabilidade e estatística das operadoras:”

ORGANOGRAMA SEGMENTAÇÃO CONFORME RDC N 39 DE 24/10/2000



2.6.3. Elaboração e Manutenção do Plano de Contas

O projeto do Plano de Contas foi contratado junto à Fundação Getúlio Vargas-FGV, que o apresentou após várias reuniões com os representantes dos diversos segmentos do mercado, ocorreram, também, reuniões entre a FGV e a ANS, além de reuniões de um grupo de trabalho e da Câmara Técnica Contábil, com representantes dos segmentos do mercado e a ANS, participando também, como ouvintes, os representantes da FGV.

Tanto a ANS quanto a ABRAMGE não tem uma pauta dessas reuniões segundo informações obtidas por telefone é feita a convocação de grupo de trabalho e até da câmara técnica, com representação de vários setores do segmento, discutidas e analisadas são feitas as alterações no plano de contas e depois este grupo é dissolvido, não está disponível para o público os detalhes dessa discussão.

O setor de seguro através da circular SUSEP Nº 142, de 26 de outubro de 2000, estabelece:

.....

Art. 10º Criar Comissão Especial com a atribuição de acompanhar o Plano de Contas aprovado pela Resolução CNSP nº 19, de 17 de fevereiro de 2000, assim como propor eventuais alterações que venham a ser consideradas necessárias.

Parágrafo Único A Comissão Especial será constituída de três representantes da Superintendência de Seguros Privados, três representantes da Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização, dois representantes da Associação Nacional de Previdência Privada e dois representantes do Instituto Brasileiro de Contadores

.....

Da mesma forma que o setor de seguro a ANS deveria manter um grupo contábil permanente para discutir e acompanhar o plano de contas.

CAPÍTULO 3 – EVIDENCIAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO CONTÁBIL

Este se propõe a uma análise de alguns aspectos das evidenciações contábeis, por esta razão o capítulo terceiro traz uma abordagem do plano de contas, da publicação e das evidenciações, assim como o cronograma desta implementação.

3.1. Evidenciação e Divulgação

Esclarece HOLANDA (1999, p.854), que EVIDENCIAR “é tornar evidente, mostrar com clareza” e que EVIDENTE “é aquilo que não oferece dúvida, que se compreende prontamente”.

Acerca do termo evidenciação, AQUINO e SANTANA (1992), entendem que não se deve tomá-lo como sinônimo de divulgação, mas agregar ao termo outro – clareza - isto é, a informação deve ser apreendida de imediato pelo leitor/usuário. Além disso, o termo também está associado a outros campos do conhecimento, como a teoria da comunicação e a teoria geral de sistemas.

Para HOLANDA não existe, definição para Evidenciação talvez se pudesse unir as definições de evidente e evidenciar e dizer que evidenciação significa divulgação com clareza, divulgação em que se compreende de imediato o que está sendo comunicado.

Para HENDRIKSEN & VAN BREDA (1999, p.512), “divulgação” significa veiculação de informações. Para os contadores o termo significa veicular informação a respeito de uma companhia a partir de relatório financeiro.

No campo da contabilidade, o termo evidenciação implica comunicar algum fato ou evento sobre determinada organização para um leitor ser capaz de entender a mensagem transmitida pela informação. O termo deve compreender o entendimento do processo de comunicação e sua relação com os objetivos da contabilidade. E isto implica relacionar dados com fatos contábeis, produzindo uma reunião lógica de fatos reportados e tratados como uma informação útil. A

informação, entendida com um conjunto de códigos, deve ser capaz de aumentar o estágio de conhecimento do usuário acerca dos eventos contábeis ocorridos em uma organização em determinado período.

A divulgação completa sobre a situação dos negócios deve ser justa e adequada, isto é, implica em utilizar objetivos éticos no tratamento de usuários em potencial. Excesso de informações supérfluas, em geral, ocultam informação relevante e dificulta a interpretação de relatórios financeiros.

Os usuários necessitam de informações claras e compreensíveis a fim de poderem avaliar a posição econômico-financeira da empresa e extrair conclusões que contribuam para formar seu juízo de forma confiável.

A integridade e confiabilidade da informação para os usuários e a clareza nos relatórios corporativos são cruciais.

3.1.1. IASB

O *International Accounting Standards Board* – IASB é um organismo internacional encarregado de emitir normas contábeis para empresas que operam fora das fronteiras nacionais sediado na Europa, a legislação Inglesa prevê desde 1948, que as demonstrações financeiras evidenciem o “*true and fair view*” - TFV, isto é, visão justa e verdadeira da situação dos negócios da organização, ainda que sejam necessárias informações adicionais às previstas em lei, ou em detrimento de algum requisito legal como descreve a autora JREIGE (1998, p.01).

O conceito de TFV compreende a honestidade da representação, sem desvio entre os diferentes usuários da informação financeira, com reconhecimento da essência econômica sobre a forma legal, segundo PARK & NOBES apud JREIGE (1998). De acordo com *Standard on Audit Report*, o auditor deve certificar-se de que

todos os *Statements of Standard Practice* (SSAPs) foram obedecidos, exceto em situações que foram aplicados o TFV, tendo em vista que assim estariam mais condizentes com verdadeira situação da companhia.

Para alguns autores, a TFV é um conceito filosófico, não suscetível de ser definido por regras detalhadas, o que implica que os contadores, auditores e usuários das demonstrações financeiras compartilhem uma compreensão comum dos propósitos da informação financeira, isto é, há um consenso do que é justo. Porque se assim não for, tem-se o conflito, e para resolvê-lo, cabe levá-lo aos tribunais que decidirão se foi aplicado adequadamente às demonstrações financeiras a TFV.

Para os opositores da TFV, os procedimentos geram uma liberalidade excessiva, na medida em que os gestores das empresas fariam o que lhes mais conviesse, sem atentar para os Princípios da Contabilidade, dando um caráter extremamente subjetivo aos relatórios contábeis. Todavia, JREIGE (1998) entende que essa subjetividade daria à profissão contábil, a independência, no sentido do reconhecimento da capacidade de julgamento dos seus profissionais, contribuindo em muito para o desenvolvimento da ciência contábil.

3.1.2. FASB

O *Financial Accounting Standards Board* – FASB é um organismo internacional encarregado de emitir normas contábeis para empresas que atuam fora das fronteiras nacionais, sediado nos Estados Unidos, tanto o IASB quanto o FASB existem porque práticas diferenciadas de contabilidade coexistem em todo o mundo.

O FASB entende que as demonstrações financeiras elaboradas segundo os *United States Generally Accepted Accounting Principles* - USGAAP atendem às necessidades dos usuários das informações contábeis, ou seja, enquanto para o IASB as demonstrações podem evidenciar os negócios da organização mesmo em detrimento de algum requisito legal, para o FASB as demonstrações devem seguir rigorosamente as normas do USGAAP.

O *Fasb* (*Financial Accounting Standards Board*), órgão regulador contábil americano, busca dar conhecimento sobre a situação de determinada companhia, por meio do princípio do *full disclosure vis-à-vis* o *Summary Annual Report (SAR)* e os elementos denominados *off balance-sheet*.

Pelo *full disclosure*, qualquer evento significativo que possa influir no julgamento de um usuário deve ser objeto de divulgação nas demonstrações financeiras.

Os especialistas entendem que evidenciação tão detalhada das demonstrações financeiras e em grande quantidade, pode levar a um grau de dificuldade por aqueles que tentam absorver tamanha profusão de informações. E, além desse fator, o *full disclosure* não tem sido útil para alertar os investidores acerca de desempenhos considerados desastrosos, ou pífios diante do montante investido.

Quanto ao *SAR*, permite que as companhias apresentem as suas demonstrações financeiras em um formato mais simples do que o relatório anual. Esta alternativa evita que uma quantidade de informações, divulgadas com alto grau de complexidade tornem-se incompreensíveis para o usuário comum. Trata-se de uma divulgação em um modelo simplificado, abordando somente pontos-chave das demonstrações financeiras.

Quanto aos itens *off-balance sheet*, isto é, eventos não registrados na contabilidade da companhia, o *Fasb* tem requerido cada vez mais evidenciação acerca de contratos futuros, opções, derivativos.

Há um movimento para que o *Fasb* estabeleça critérios que gerem informações úteis para a tomada de decisão dos investidores e analistas. As empresas estão ávidas por mudanças, e parece ser este o momento ideal para reivindicar e exigir a revisão das normas contábeis, com vistas a modernizar os

critérios de preparação de relatórios financeiros – sobretudo aqueles divulgados ao público.

As informações divulgadas devem ser compreensíveis para os que possuem um conhecimento razoável de negócios e atividades econômicas e estão dispostos a estudar a informação com diligência razoável de acordo com HENDRIKSEN & VAN BREDA (1999, p.515).

Os críticos da contabilidade americana têm apresentado várias medidas, no tocante à clareza e transparência das informações contábeis, dentre quais, destacam-se:

- Apresentação de relatórios trimestrais completos acerca das despesas, relacionados aquelas com remunerações concedidas aos empregados, a exemplo de opções de compra de ações da companhia;
- Elaboração de balanços que revelem a situação real da empresa e não apenas “cenários cor de rosa”. Ajustes inevitáveis nos negócios da companhia devem ser reportados, seja em função de alterações da economia, seja por pagamentos futuros expressivos, prejuízos.
- Distinção clara entre os ganhos de fundos de pensão dos empregados e os corporativos, inexistência de conflitos de interesse entre as empresas de auditoria e de consultoria, que geralmente confundem-se em única pessoa jurídica.

Nesse sentido a Instrução da CVM nº 381, de 14 de janeiro de 2003 dispõe:

*Art. 2º - “ As entidades auditadas deveram divulgar as seguintes informações
.....”*

III – “a política ou procedimento adotados pela companhia para evitar a existência de conflito de interesse, perda de independência ou objetividade de seus auditores independentes;”

Os relatórios necessitam ser mais transparentes, mais claros. E sob este aspecto, deve-se discutir a flexibilidade de que dispõem as empresas e auditores, pois é justamente pelo excesso de flexibilização que poderia ocorrer a ocultação de informações obscuras ou complexas demais, que estão além do conhecimento de usuários interessados nos relatórios informativos.

Embora, não seja factível à contabilidade, em sua essência pura traduzir tudo o que ocorre nas corporações, até mesmo naquelas mais complexas, é imperativa a reformulação de certos conceitos básicos, tais como o custo como base de valor, provavelmente irreal frente ao cenário atual.

O conceito de prudência ou conservadorismo deve ser sustentado por abordagens probabilísticas e lógicas preditivas. Pois só assim, a contabilidade cumprirá seu papel de informar correta e de modo suficiente, os investidores, credores; e principalmente os acionistas minoritários, normalmente os mais prejudicados na cadeia. E, com ética, transparência e determinação, como aliás se caracteriza a classe, e que os auditores tenham condições para desempenhar sua missão com independência.

3.1.3. Brasil

Segundo BUZBY *apud* AQUINO et. al (1982, p.27) evidenciação é *“uma informação dada em anexo às demonstrações contábeis, nas notas explicativas ou em forma suplementar. Ela promove uma elaboração ou explanação da posição financeira da empresa e seus resultados operacionais”*.

Se evidenciação é uma informação dada anexa às demonstrações contábeis, então só teremos as evidenciações quando elas forem publicadas, e no Brasil alguns tipos de sociedades ou algumas atividades tem essa obrigatoriedade, a seguir identificadas.

A Lei das Sociedades Anônimas (6.404/76) em seu artigo 176 estabelece a obrigatoriedade de elaboração e publicação pelas sociedades anônimas de capital aberto das seguintes demonstrações financeiras:

- Balanço Patrimonial;
- Demonstrações dos Lucros e Prejuízos Acumulados;
- Demonstração do Resultado do Exercício
- Demonstração das Origens e aplicações de Recursos; e
- Notas Explicativas.

A CVM – Comissão de Valores Mobiliários, além dessas demonstrações, através da Instrução CVM n.º 59, de 22/12/86, estabeleceu a obrigatoriedade da publicação das Mutações do Patrimônio Líquido.

Outro exemplo é a Instrução CVM n.º 206 de 14 de janeiro de 1994 que dispõe sobre normas contábeis aplicáveis às Demonstrações Financeiras dos Fundos de Investimento Imobiliário:

“Art. 1º - As informações mínimas a serem divulgadas, semestralmente, pelas instituições administradoras dos Fundos de Investimento Imobiliário, compreendem”:

1- Demonstrações Financeiras

- Balanço Patrimonial;*
- Demonstração do Resultado*
- Demonstração do Fluxo de Caixa*

2 - Parecer do Auditor Independente

3 - Relatório do Representante dos Quotista, quando eleito

4 - Relatório da Instituição Administradora.

No caso das OPS antes da Lei nº 9656/98 havia uma insuficiência de informações, derivada em grande parte da legislação em vigor que permitia “as empresas atuarem sem um controle coordenado, portanto, livres de controles fiscais e administrativos, a edição da Lei nº 9656/98 representou um importante passo para delimitar o âmbito dos planos de saúde, e seu artigo 8º contribuiu para a padronização das informações sobre o segmento.

3.2. Regularização do setor de plano de saúde

Neste item é apresentado um resumo sobre a trajetória da lei nº 9656/98 até o final de 04/2003, sobre a regulamentação no que tange a criação e implementação do ordenamento contábil.

3.2.1. Órgãos de Regulamentação, Controle e Fiscalização das Operadoras de Planos de Saúde

A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e o conselho de Saúde suplementar – CONSU são os órgãos que regulamentam, normalizam, autorizam, controlam e fiscalizam as OPS e as Seguradoras do ramo saúde.

A ANS e o CONSU substituíram as funções da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão vinculado ao Ministério da fazenda, e do Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP no setor.

A ANS, criada pela Lei n.º 9961 de 28/01/2000, é uma autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde e tem a missão de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de Saúde no País.

A ANS é um órgão que tem como funções a regulação, normalização, controle e fiscalização das atividades das OPS modalidades Autogestão, Cooperativas, Medicina de Grupo, Administradoras e Seguradoras, especializadas no ramo saúde, de forma a garantir a assistência suplementar à saúde, incluindo a autorização de reajustes do valor dos planos e a definição do Rol de Procedimentos Médicos que foi estabelecido com base no CID-10 Classificação Internacional de Doenças, da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Organização das Nações Unidas (ONU). Esse rol de procedimentos deve ser de conhecimento dos consumidores de forma clara e precisa. A inclusão de novos procedimentos é

admitida, mas deve ser analisada pela ANS (www5.estadao.com.br. Acesso em: 21 nov. 2003).

3.2.2. Cronograma de Implementação

A evolução da regulamentação foi tratada no item 2.4. deste trabalho, neste item será sintetizada a evolução da regulamentação do ordenamento contábil, após a promulgação da Lei nº 9656/98, e alguns marcos fundamentais, a seguir enunciados:

- 06/98 - Lei nº 9656/98 foi promulgada em 03/06/1998, começou a vigorar em 01/01/1999. Em seu artigo 35 inciso IV alínea d, cria o CONSU e diz que ele tem competência para implantar normas de contabilidade, atuariais e estatísticas, portanto ele tem competência para implantar um plano de contas padrão.
- 07/00 - RDC nº 30, de 19 de julho de 2000, dispõe sobre o regimento interno da ANS e no seu artigo 18, I, b determina a competência da Gerência Geral de Regulamentação e Habilitação das Operadoras para propor normas quanto à constituição, organização e funcionamento das operadoras e quanto à contabilidade e estatística das operadoras.
- 10/00 - Em 27 de outubro de 2000 é publicada a RDC n.º 38, que institui o plano de contas padrão, a ser adotado obrigatoriamente pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde. Qualquer plano de contas legalmente adotado no Brasil é regido pelos princípios Fundamentais de Contabilidade e pelas Normas Brasileiras de Contabilidade ditadas pelo Conselho Federal de Contabilidade – CFC. Neste sentido, o plano de contas proposto observou tais princípios e normas sendo referendado, inclusive, pelo representante do CFC na Câmara Técnica Contábil (a câmara técnica foi criada pela ANS em caráter consultivo para subsidiar suas decisões). O plano de contas padrão é

composto de cinco capítulos, e será estudado mais detalhadamente nos itens seguintes.

- 10/00 - Implementação parcial em janeiro de 2001, a RDC n.º 38 foi publicada em 27/10/2000 a data início da implementação do plano de contas foi a partir de 01 de janeiro de 2001, conforme consta do subitem 3.11 do Capítulo I – Normas Básicas do plano de contas padrão da ANS. De início, a escrituração deve abranger, no mínimo, até o 4º dígito do plano, isto é, até o nível da conta de razão, a qual receberá os lançamentos contábeis.
- 04/02 - Em abril de 2002 foi publicada a RN n.º 3, alterando alguns pontos da RDC nº 38/00, as modificações abrangeram, a correção e aperfeiçoamento na redação de textos, das intitulações de algumas contas, foram criados ou eliminados novos subgrupos, contas e subcontas.
- 06/02 - Implementação total em junho de 2002, a mesma RDC n.º 38/00 já previa que a implementação total, ou seja, com todos os dígitos seria exigido a partir de junho de 2002.
- 04/03 - RN nº 27 de abril de 2003, trouxe algumas modificações, elas abrangeram a correção e aperfeiçoamento na redação de textos do capítulo I e foram criados ou eliminados novos grupos, subgrupos, contas e subcontas e tais alterações se refletiram na adequação de novos modelos de publicação de demonstrações contábeis.

3.3. Estrutura do Plano de Contas Padrão para OPS

O plano de contas padrão é regido pelos Princípios Fundamentais de Contabilidade e pelas Normas Brasileiras de Contabilidade ditadas pelo Conselho Federal de Contabilidade – CFC.

O plano de contas padrão é composto de cinco capítulos:

a) Capítulo I – Regras básicas

Detalha o objetivo, a estrutura de codificação, as regras de escrituração, encerramento de exercício social, demonstrações contábeis requeridas e sua formação, os registros auxiliares que serão demandados, os critérios de avaliação e apropriação contábil, assim como as premissas para a auditoria independente. Contém ainda um quadro de referência cruzada que permite concluir quais as contas e subcontas que serão adotadas por uma operadora de determinado segmento.

b) Capítulo II – Elenco de contas

Detalha o quadro de contas a ser utilizado, com sua codificação e titulação, ambas padronizadas. Este capítulo também detalha as contas que serão utilizadas pelas operadoras da modalidade medicina de grupo, odontologia de grupo, entidades sem fins lucrativos e as cooperativas.

c) Capítulo III – Função e funcionamento das contas patrimoniais

Detalha a descrição de cada conta patrimonial (ativo e passivo), qual a sua função (o que cada conta registra e o que significa o seu registro) e qual o seu funcionamento (quais são as principais contra partidas).

d) Capítulo IV – Função e funcionamento das contas de resultado

Detalha a descrição de cada conta de resultado (receitas, custos e despesas), qual a sua função (o que cada conta registra e o que significa o seu registro) e qual o seu funcionamento (quais são as principais contra partidas).

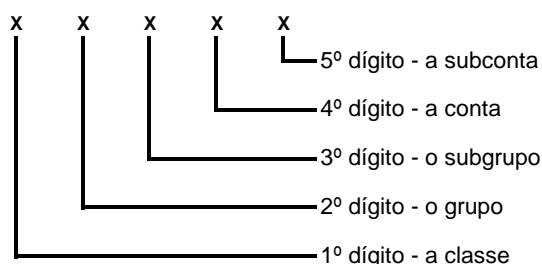
e) Capítulo V – Modelos de publicação

Contém modelos para publicação de Balanço Patrimonial e Demonstração de Resultado, são detalhados três modelos diferenciados, aplicáveis as Operadoras de grande, médio e pequeno porte, há ainda, modelos de Demonstração de Origens e Aplicações de Recursos; e Demonstrações de Mutações do Patrimônio Líquido.

3.4. Estrutura da codificação das contas do plano de contas padrão

O plano geral de codificação prevê o emprego de 3 (três) códigos com treze dígitos obrigatórios e o quarto código é de livre utilização e livre quantidade de dígitos:

O primeiro código, constituído de um número de 5 (cinco) dígitos, indica da esquerda para a direita:



- O primeiro código não pode ser alterado em nenhuma hipótese, salvo o preenchimento do 5º dígito com o algarismo 0 (zero) quando a conta for composta por apenas quatro dígitos.
- O segundo código, constituído de 4 (quatro) dígitos, ou seja, do 6º ao 9º dígito, devem ser utilizados da seguinte forma:
 - O sexto dígito deverá ter os algarismos 1 (um) ou 2 (dois) para as subcontas de produtos, indicando a modalidade de pagamentos em função do período de cobertura da assistência, ter os algarismos 3 (três), 4 (quatro), 5 (cinco), 6 (seis), 7 (sete) e 8 (oito) para indicar os desdobramentos das subcontas de Títulos e Valores Mobiliários decorrentes da “Marcação a Mercado”; e ainda o algarismo 9 (nove) para todas as demais subcontas de não-produtos.
 - O sétimo, oitavo e nono dígitos serão facultados a sua utilização a critério da Operadora, de acordo com as suas necessidades de informação.

Este 2º código deverá adotar a seguinte estrutura:

- 1000 – Modalidades de pré-pagamentos
- 2000 – Demais modalidades de pagamentos
- 3000 – desdobramento para “Marcação a Mercado”
- 4000 – desdobramento para “Marcação a Mercado”
- 5000 – desdobramento para “Marcação a Mercado”
- 6000 – desdobramento para “Marcação a Mercado”
- 7000 – desdobramento para “Marcação a Mercado”
- 8000 – desdobramento para “Marcação a Mercado”
- 9000 – indica subcontas de não produtos

- O terceiro código, constituído por 4 (quatro) dígitos, indica simultaneamente nesta ordem: o período de implantação dos planos (10º dígito), a natureza jurídica da contratação do plano de assistência à saúde (11º dígito) e as formas de coberturas oferecidas (12 e 13º dígitos), sendo utilizado obrigatoriamente em determinadas subcontas dos subgrupos para os grupos 3 – Receitas e 4 – Despesas.

Fica definida a estrutura do terceiro código da seguinte maneira:

I) O 10º dígito como período de implantação dos planos, e este terá a seguinte forma:

- O algarismo 1 - Planos operados antes da vigência da Lei nº 9656/98, isto é, até 31/12/1998
- O algarismo 2 - Planos operados a partir da vigência da Lei nº 9656/98, ou seja, 01/01/1999.

II) O 11º dígito como natureza jurídica da contratação do plano de assistência à saúde, segundo estabelece o art. 16 da Lei nº 9656/98, assinala-se:

- algarismo 1 ou 2 – Planos Individuais e familiares

- o algarismo 3 – Planos coletivos com patrocinador
- o algarismo 4 - Planos coletivos sem patrocinador

III) O 12º e 13º dígitos como formas de coberturas oferecidas, são entendidos os desdobramentos de cada natureza jurídica da contratação na Entidade, de acordo com o estabelecido na RDC nº 4, de 18/02/00, e posteriores alterações:

- o Algarismo 01 – Ambulatorial
- o Algarismo 02 – Hospitalar com obstetrícia
- o Algarismo 03 – Hospitalar sem obstetrícia
- o Algarismo 04 – Odontológico
- o Algarismo 05 – Referência
- o Algarismo 06 – Ambulatorial mais Hospitalar com obstetrícia
- o Algarismo 07 – Ambulatorial mais Hospitalar sem obstetrícia
- o Algarismo 08 – Ambulatorial mais odontológico
- o Algarismo 10 – Hospitalar com obstetrícia mais odontológico
- o Algarismo 11 – Hospitalar sem obstetrícia mais odontológico
- o Algarismo 13 – Ambulatorial mais hospitalar com obstetrícia mais odontológico
- o Algarismo 14 – Ambulatorial mais hospitalar sem obstetrícia mais odontológico
- o Algarismo 90 - Outros

Obs. Ficou facultado, até 30/06/2002, o preenchimento das informações relativas à natureza jurídica da contratação e coberturas oferecidas, previstas neste item.

- O quarto código refere-se a utilização livre da quantidade de dígitos, a partir do 13º dígito.

Figura 1 – Estrutura de Codificação Contábil

1º código				2º código				3º código				4º código			
Conta				Desd.				Custo							

O plano classifica as contas em 4 classes: contas de Ativo iniciado pelo número 1, contas de Passivo, pelo número 2, e contas de resultado iniciado pelos números 3-Receitas, 4-Despesas e 6 Participação sobre o lucro.

As “classes” compreendem vários “grupos”, os quais se desdobram em “subgrupos”; estes em “contas” e estas em “subcontas”.

Classe de Contas Patrimoniais:

a) Classe 1 – ATIVO

Grupo 12 – Ativo Circulante

Grupo 13 – Realizável a Longo Prazo

Grupo 15 – Permanente

b) Classe 2 – PASSIVO

Grupo 21 – Provisões Técnicas

Grupo 22 – Circulante

Grupo 23 – Exigível a Longo Prazo

Grupo 24 – Resultado de Exercícios Futuros

Grupo 25 – Patrimônio Líquido (para as empresas com fins lucrativos)

Grupo 26 – Patrimônio Social (para as Entidades Fundacionais e Cíveis sem fins lucrativos)

Grupo 27 – Patrimônio Líquido (para as Cooperativas)

Classe de Contas de Resultado:

a) Classe 3 – CONTAS DE RECEITA

Grupo 31 – Contraprestações Efetivas de Assistência à Saúde

Grupo 33 – Outras Receitas Operacionais

Grupo 34 – Receitas Financeiras

Grupo 35 – Receitas Patrimoniais

Grupo 36 – Receitas Não Operacionais

b) Classe 4 – CONTAS DE DESPESA

41 – Eventos Indenizáveis Líquidos

43 – Despesas de Comercialização

- 44 – Outras Despesas Operacionais
- 45 – Despesas Financeiras
- 46 – Despesas Administrativas
- 47 – Despesas Patrimoniais
- 48 – Despesas Não Operacionais

c) Classe 6 – CONTAS DE RESULTADO (específicas para impostos e participações no lucro)

Grupo 61 – Impostos e Participações sobre o Lucro

Obs.: Considera-se a adoção das nomenclaturas definidas obrigatória para todos os níveis deste Plano de Contas, desde “Classes” até “Subcontas”. Não havendo subconta prevista, o 5º (quinto) dígito do primeiro código será obrigatoriamente 0 (zero), sendo facultado às OPS a criação de desdobramentos adicionalmente às subcontas previstas no plano de contas, em função de suas necessidades de informações, podendo, se for o caso utilizar até mesmo o 4º código (a partir do 14º).

Através deste dados é possível observar uma semelhança com o plano de contas padrão do ramo de seguros, instituído pela Resolução CNSP nº 31, de 13 de dezembro de 1978, sendo transferido à SUSEP o direito de modificá-lo, normatizado através da Circular SUSEP nº 5, de 10 de janeiro de 1979, tendo sofrido várias alterações, sendo as mais recentes, a Resolução CNSP nº 19, de 17 de fevereiro de 2000, Circulares SUSEP nº 133, de 06 de junho e nº 224, de 13 de dezembro de 2002.

Conforme a Circular SUSEP nº 27/88, a reformulação do plano de contas teve por objetivo “uniformizar os registros contábeis, racionalizar a utilização das contas, estabelecer regras, critérios e procedimentos necessários a obtenção e divulgação de dados, possibilitar o acompanhamento do Sistema Nacional de Seguros Privados, bem como a análise, a avaliação do desempenho e o controle, de modo que as demonstrações financeiras elaboradas expressem, com fidedignidade e transparência, a situação econômico-financeira das sociedades seguradoras”.

No plano de contas sintético das sociedades seguradoras, as contas são classificadas em 6 classes, assim dispostas:

- Classe 1 – Ativo
 - Grupo 12 – Ativo Circulante
 - Grupo 13 – Realizável a Longo Prazo
 - Grupo 15 – Permanente
 - Grupo 19 – Compensação
- Classe 2 – Passivo
 - Grupo 21 – Provisões Técnicas
 - Grupo 22 – Passivo Circulante
 - Grupo 23 – Exigível a Longo Prazo
 - Grupo 25 – Patrimônio Líquido
 - Grupo 29 – Compensação
- Classe 3 – Contas de Resultado, específicas das Operações de Seguros, Resseguros e Gerais
 - Grupo 31 – Prêmio Ganho
 - Grupo 32 – Sinistro Retido
 - Grupo 33 – Despesas de Comercialização
 - Grupo 34 – Outras Receitas e Despesas Operacionais
 - Grupo 35 – Receitas Financeiras
 - Grupo 36 – Despesas Financeiras
 - Grupo 37 – Despesas Administrativas
 - Grupo 38 – Receitas e Despesas Patrimoniais
 - Grupo 39 – Resultado não Operacional
- Classe 4 – Contas de Resultado, específicas do Mercado de previdência Privada
- Classe 5 – Contas específicas das Operações de Capitalização
- Classe 6 – Impostos e Participações sobre o lucro

Conforme observa-se através dos dados a estrutura do plano de contas das OPS é semelhante ao plano de contas das Seguradoras, no entanto esta

semelhança não ocorre somente no plano de contas, como demonstrado nos exemplos.

a) É necessário que as seguradoras tenham ter um capital mínimo para serem autorizadas a operarem no grupamento de seguros dos ramos elementares, conforme Resolução CNSP nº 73, de 13 de maio de 2002, que revoga as Resoluções CNSP nºs 23, 24, e 25, de 17 de julho de 1992, sendo que esse capital não pode ser inferior a R\$ 7.200.000,00 (sete milhões e duzentos mil reais), assim, as operadoras deverão manter um capital mínimo de R\$ 3.100.000,00 (três milhões e cem mil reais) para operarem com planos de assistência à saúde.

b) As seguradoras deverão ter margem de solvência, a resolução CNSP nº 8, de 21 de julho de 1989, regula a forma de cálculo e apresentação da margem de solvência:

- Multiplicar por 0,20 o valor do somatório dos prêmios retidos, referentes aos doze meses anteriores ao mês do cálculo da margem de solvência;
- A soma dos sinistros retidos referentes aos 36 meses anteriores ao mês do cálculo da margem deve ser multiplicada por 0,33 e o resultado dividido por 3.
- O maior valor encontrado entre os dois cálculos é considerado a margem de solvência da seguradora.

A margem de solvência das OPS, conforme RDC nº 77, de 17/07/2002, deverá ser correspondente à suficiência do Ativo Líquido para cobrir montante igual ou maior do que os seguintes valores:

- 20% da média anual do total das contraprestações pecuniárias emitidas líquidas nos últimos trinta e seis meses;
- 33% da média anual do total dos Eventos Indenizáveis Líquidos nos últimos sessenta meses.

- c) As seguradoras têm a provisão de IBNR: são valores referentes aos sinistros ocorridos e ainda não avisados, o valor desta provisão é calculo atuarialmente; as OPS têm a provisão de eventos ocorridos e não avisados: constitui-se de valor estimado dos eventos ocorridos em um exercício e que não foram declarados antes do encerramento de contas do mesmo e deverá ser feita mensalmente com base em nota técnica atuarial de provisões – NTAP.
- d) Conforme circular SUSEP nº 226, de 07/02/2003 foi alterado o grupo das provisões técnicas anteriormente classificado como um grupo isolado acima do circulante passando para o passivo circulante e/ou passivo exigível a longo prazo ficando dessa forma adequado à Lei 6.404/76, para as OPS a classificação das provisões técnicas é um grupo isolado acima do circulante.
- e) Atualmente, início séc. XXI, as seguradoras publicam suas demonstrações contábeis nos meses de junho e dezembro, enquanto as operadoras o fazem apenas em dezembro. Fato que indica num futuro não muito distante, que as operadoras tenham que publicar suas demonstrações contábeis nas mesmas épocas válidas para as seguradoras.
- f) A circular SUSEP nº 189, de 24 de maio de 2002 instituiu a nova versão do conjunto de Formulário de Informações Periódicas – FIP/SUSEP que dispõe sobre os quadros demonstrativos a serem encaminhados à SUSEP pelas sociedades seguradoras, referente a situação econômico-financeira, dados cadastrais e informações operacionais; para as OPS a RE nº 1, de 13 de fevereiro de 2001 da ANS instituiu o Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Saúde – DIOPS/ANS, que consolida os quadros demonstrativos a serem encaminhados à Agência Nacional de Saúde Suplementar referente à situação financeira, dados cadastrais e informações operacionais.

3.5. Principais Inovações e Particularidades

O plano de contas padrão estabelece as normas, critérios e procedimentos que possibilita a manutenção de padrões uniformes no registro das operações bem como a elaboração e apresentação das Demonstrações Contábeis das Operadoras de Planos de Saúde, sendo que as relevantes referem-se:

a) A escrituração

A escrituração das operações deve obedecer às normas estabelecidas pelo Conselho Federal de Contabilidade. Ao par das disposições legais e das exigências regulamentares específicas atinentes à escrituração, observem-se ainda, os princípios fundamentais de contabilidade, cabendo às Operadoras observar as disposições a seguir apresentadas:

Adotar métodos e critérios uniformes quanto ao tempo, sendo que todas as modificações relevantes devem ser evidenciadas em notas explicativas, quantificando os efeitos nas demonstrações financeiras, quando aplicável; registrar as receitas e despesas no período no qual ocorrem, e não na data do efetivo ingresso ou desembolso, em respeito ao regime de competência.

Desta forma, para o mercado de Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, o fato gerador da receita fica sendo o da emissão da fatura ou do carnê de mensalidades, enquanto para as despesas considera-se o conhecimento do encargo; fazer a apropriação mensal das rendas, inclusive mora, receitas, ganhos, lucros, despesas, perdas e prejuízos, passando assim a atender o princípio da competência.

Proceder às devidas conciliações dos títulos contábeis com os respectivos controles analíticos e mantê-los atualizados, devendo a respectiva documentação ser arquivada por pelo menos um ano.

Para fins do plano de Contas padrão aplicável às OPS, entende-se como rede hospitalar própria, todo e qualquer recurso físico hospitalar de propriedade da

operadora, ou de sociedade controlada por ela, ou ainda de controladora da operadora; e rede médica própria compreendendo todos os profissionais médicos, assalariados ou cooperados da operadora.

A contabilização será centralizada na Sede da Operadora ou, no caso de filial de operadora estrangeira, em sua representação legal no Brasil, utilizando-se registros auxiliares obrigatórios com observância das disposições previstas em leis, regulamentos, resoluções do CONSU e Circulares da ANS.

O simples registro contábil não constitui elemento suficiente comprobatório, devendo a escrituração ser fundamentada em comprovantes hábeis para a perfeita viabilidade dos atos e fatos administrativos.

A forma de classificação contábil de quaisquer bens, direitos e obrigações não altera, de forma alguma, as suas características para efeitos fiscais e tributários, que se regem por regulamentação própria.

A escrituração dos registros auxiliares obrigatórios, com atraso superior a 90 (noventa) dias, a não ser em casos de força maior, devidamente justificados à ANS, ou a escrituração processada em desacordo com normas pertinentes, sujeita as organizações e seus diretores, às penalidades previstas na regulamentação própria.

O profissional habilitado responsável pela contabilidade, deve conduzir a escrituração respeitando os padrões exigidos, com observância dos princípios fundamentais de contabilidade, atentando inclusive à ética profissional, cabendo a ANS providenciar comunicação ao órgão competente sempre que forem comprovadas irregularidades para que sejam aplicadas as medidas cabíveis.

Eventuais consultas quanto à interpretação das normas e procedimentos previstos deste plano de contas padrão, bem como a adequação a situações específicas, devem ser dirigidas a ANS/Gerência-Geral de Regulamentação e Habilitação de Operadoras-GGRHO. A existência de eventuais consultas sobre a interpretação de normas regulamentares vigentes, ou até mesmo sugestões para o

reexame de determinado assunto, o que não exime a instituição interessada do seu cumprimento.

Autogestão patrocinada: as Operadoras classificadas no segmento de autogestão patrocinada estão dispensadas da exigência de escrituração contábil na forma do plano de contas padrão para OPS, mas deverão periodicamente, dentro de prazo a ser definido pela ANS, remeter relatórios gerenciais informativos das operações de seus planos privados de assistência à saúde.

Período de transição: a partir de primeiro de janeiro de 2001, a escrituração passou a ser feita até, no mínimo o 4º nível do plano de contas, abrangendo cada conta composta dos 4 primeiros dígitos do primeiro código. A escrituração abrangendo todas as subcontas e desdobramentos previstos recebeu prazo para ser implantada até 30 de junho de 2002.

b) Quanto ao Exercício Social

O exercício social coincide com o ano civil, e a data de seu término será 31 de dezembro, devendo ser fixado no estatuto ou contrato social.

c) Quanto as Demonstrações Contábeis

As Demonstrações Contábeis devem obedecer à classificação contábil prevista no plano de contas padrão, e conter Relatório da Administração, Notas Explicativas, Balanço Patrimonial, Demonstração dos Resultados, das Origens e Aplicações de Recursos, das Mutações do Patrimônio Líquido, e o correspondente parecer dos auditores independentes devem ser publicados até cinco dias antes da realização da Assembléia Geral Ordinária, quando tratar-se de Operadora regida por estatuto social e, em qualquer caso, até o último dia útil do mês de abril do ano posterior ao do encerramento do exercício social, em conformidade com os modelos padronizados pelo Plano de Contas Padrão.

Os modelos previstos destinam-se a operadoras de pequeno (inferior a 20.000 beneficiários), médio (entre 20.000 e 100.000 beneficiários) e grande porte (superior a 100.000 beneficiários). O Balanço Patrimonial e a Demonstração dos Resultados devem ser publicados de forma comparativa com as demonstrações relativas ao exercício anterior.

As Operadoras de pequeno porte, ou seja, (com menos de 20.000 beneficiários) são dispensadas de publicar as Demonstrações Contábeis acompanhadas do parecer de auditoria, devendo a ANS dar-lhes a publicidade necessária.

Quanto às Operadoras que assumam a forma jurídico-legal de cooperativas, nos termos da Lei nº 5764/71, para a qual cooperativa médica consiste em uma modalidade de organização segundo a qual os médicos responsáveis pela prestação dos serviços médicos são cooperados de uma entidade sem fins lucrativos; quaisquer recursos recebidos são assim definidos como reembolso de despesas, ou então como participação nos resultados da referida cooperativa, neste contexto a data de publicação será até o último dia útil do mês de abril subsequente à data de realização da Assembléia Geral Ordinária-AGO, anualmente.

As publicações devem ser feitas na forma disposta no art. 289 caput e seu §2º da Lei nº 6404, de 15 de dezembro de 1976. Excepcionalmente para o exercício social encerrado em 31 de dezembro de 2001, as publicações referidas nos subitens acima, poderão ser feitas até o último dia útil do mês de abril de 2003.

As demonstrações contábeis a que se refere o item anterior devem ser remetidas a ANS até 31 de maio de cada ano. Não há necessidade, para as operadoras de pequeno porte, de remeter em suas demonstrações contábeis. A remessa será suprida pelo preenchimento e encaminhamento do DIOPS.

O Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Saúde – DIOPS, deve ser enviado a ANS no último dia do segundo mês subsequente ao trimestre, ou seja, deve ser enviados em maio, agosto, novembro e fevereiro de cada ano com dados sobre o trimestre, este documento permite

portanto a ANS que monitore a situação econômico-financeira e cadastral das OPS, assim todas devem enviar os dados pelo DIOPS, dados estes fundamentais para conhecimento em tempo hábil de um parecer quanto a situação da operadora.

Para as OPS de pequeno porte, permanece a obrigatoriedade de remessa do parecer de auditoria, sendo que excepcionalmente para o exercício social encerrado em 31 de dezembro de 2001, os referidos pareceres puderam ser remetidos até o último dia útil do mês de abril de 2003.

A OPS com patrimônio líquido/patrimônio social inferior a R\$1.000.000,00 (hum milhão de reais), apurado ao final do exercício, não necessitará elaborar e publicar a Demonstração de Origens e Aplicações de Recursos. As cooperativas poderão apurar e publicar resultados segregando os elementos relativos aos atos cooperativos dos não-cooperativos.

d) Quanto aos Registros Auxiliares e suas formalizações

As operadoras de saúde devem manter, em seus sistemas operacionais seis registros auxiliares obrigatórios totalizados mensalmente, sendo suas folhas numeradas e organizadas em livros encadernados, fichas, microfichas ou outro meio eletrônico magnético.

São registros auxiliares do sistema de contabilização, os que seguem:

- Registros de Contratos e Contraprestações Emitidos – Neste livro deve constar a data, número, cobertura e natureza do contrato, nome do usuário, dependente, tendo o valor, quantidade e vencimento das parcelas;
- Registros de Contraprestações Recebidas, Restituídas e Canceladas – Devem ser registradas as contraprestações recebidas, restituídas e canceladas, devem constar número, data de início e término, natureza e cobertura do contrato, além do nome do usuário, dependente, número, quantidade e valor das parcelas;

- Registros de Eventos Conhecidos – Devem ser registrados os eventos conhecidos, inclusive número, data e valor do evento; natureza, número e cobertura do contrato, nome do usuário principal e evento;
- Registros de Eventos pagos – O livro anterior aplica-se ao registro dos eventos conhecidos e este se adequa ao registro dos eventos pagos e devem constar os mesmos dados do livro anterior;
- Registros de Comissões Emitidas – Neste livro registram-se tanto as comissões emitidas e pagas quanto canceladas, e devem conter o número, natureza e cobertura do contrato, a data da comissão, nome, CPF ou CNPJ do agente e o valor estabelecido;
- Registros de Eventos Ressarcidos ou Recuperados – Devem ser registrados os eventos ressarcidos ou recuperados e revelar no mínimo o número, natureza, cobertura do contrato, número, data, valor do evento, e o nome do usuário.

Os registros auxiliares devem conter termo de abertura e encerramento, devidamente datados e assinados pelo diretor responsável da Operadora.

As Operadoras devem manter os registros disponíveis.

No caso de adoção de microficha ou outro meio magnético:

- I) Assinatura do diretor poderá ser substituída pela transcrição do seu nome;
- II) Deve-se garantir uma rápida recuperação e exibição das informações, em papel ou microficha, para apreciação, a pedido da ANS ou outro órgão fiscalizador.
- III) As informações solicitadas pelo órgão fiscalizador devem ser sempre acompanhadas de documento datado e assinadas pelo diretor responsável pelas informações.

e) Critérios de avaliação e apropriação contábil

1) Para fins do plano de contas padrão, consideram-se ligadas as sociedades coligadas, controladas ou controladoras, conforme definido na Lei das Sociedades por Ações, bem como as sociedades que mediante controle comum direto ou indireto, integrem o mesmo conglomerado econômico–financeiro da operadora.

Os investimentos, em sociedades coligadas e controladas, são avaliados pelo valor do patrimônio líquido, sendo observada a legislação em vigor.

2) As operações ativas e passivas com taxas pré-fixadas (rendas e encargos) contabilizam-se pelo valor presente, registrando-se as rendas e os encargos a apropriar em subtítulo de uso interno.

3) As operações ativas e passivas com taxas pós-fixadas ou flutuantes (rendas e encargos) contabilizam-se pelo valor do principal, a débito ou a crédito das contas que as registram. Estas mesmas contas acolhem os juros e os ajustes mensais decorrentes das variações da unidade de atualização monetária, ou dos encargos contratados, no caso de taxas flutuantes.

4) A valorização/desvalorização da carteira de títulos de renda variável deve ser determinada, mensalmente, título por título, com observância dos seguintes procedimentos:

- para título cotado na bolsa de valores, mediante a apuração da diferença entre o valor de custo e a cotação média do último dia útil de cada mês em que o título tenha sido cotado;
- para título não cotado em bolsa de valores, inclusive ação de companhia fechada e quota de Sociedade limitada, mediante a apuração da diferença entre o valor de custo e o valor patrimonial, apurado com base em balancete/balanço da mesma data ou com defasagem em relação à data da avaliação de, no máximo, 12 (doze) meses.

- No caso de valorização da carteira, ou seja, quando o valor de cotação ou patrimonial for superior ao custo, não se admite o reconhecimento contábil daquela valorização.
- No caso de desvalorização da carteira, ou seja, quando o valor de cotação ou patrimonial for inferior ao custo, deve ser constituída provisão em montante suficiente para fazer face às perdas prováveis na realização de seu valor.

5) Mensalmente, por ocasião do balancete, a operadora deve fazer a avaliação dos títulos da carteira de renda fixa, adotando-se como base o menor entre os valores contábeis e de mercado, definidos conforme segue:

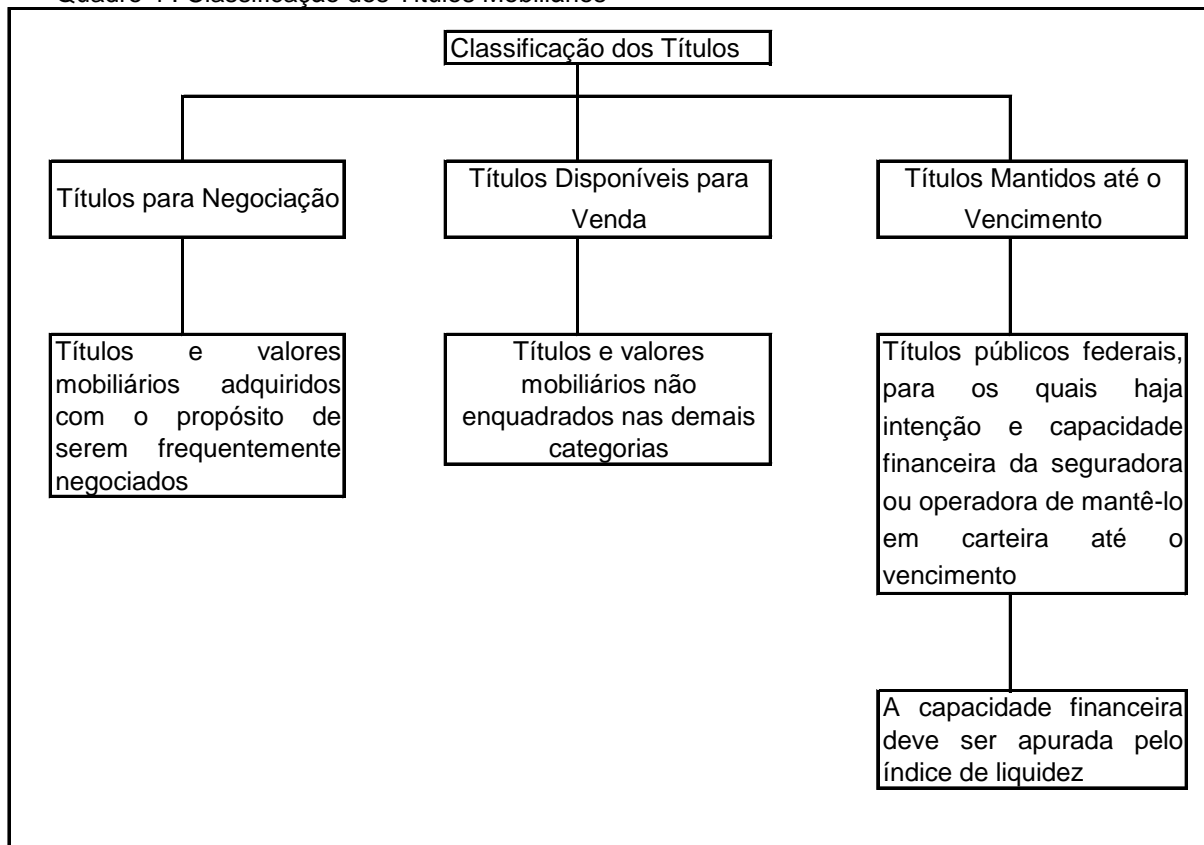
- Valor Contábil : compreende o custo de aquisição acrescido dos rendimentos atribuídos em razão da fluência de seus prazos;
- Valor de Mercado : deve ser aquele correspondente ao valor que se obteria, no dia da avaliação, com a venda definitiva do papel;
- Quando o valor de mercado for superior ao valor contábil, não se admite qualquer registro de valorização, permanecendo, portanto, o valor contábil.
- Quando o valor de mercado for inferior ao valor contábil, constitui-se provisão no montante suficiente para fazer face as desvalorização apuradas.

6) Baseado na RN nº 27 de abril de 2003 a ANS estabeleceu os critérios abaixo sobre a “marcação a mercado”, critérios para registro e avaliação de títulos e valores mobiliários, em três categorias:

- I – Títulos para Negociação,
- II – Títulos Disponíveis para venda, e
- III – Títulos mantidos até o vencimento.

Os critérios devem ser adotados a partir de 01 de janeiro de 2003 tendo a seguinte forma de registro:

Quadro 4 : Classificação dos Títulos Mobiliários



Fonte: <http://www.kpmg.com.br>. Acesso em: 23 jan. 2004.

No ajuste a valor de mercado são reconhecidos como ganhos e perdas não-realizados (Patrimônio Líquido) a mais valia ou menos valia do valor de mercado em relação ao custo contábil. Tais critérios são obrigatórios às operadoras de grande porte e facultativo para as de médio e pequeno porte, que podem continuar contabilizando conforme citado nos itens 4 e 5, sem utilização dos desdobramentos correspondentes a “ajuste a valor de mercado”.

7) Os imóveis de uso da organização escrituram-se pelo valor de aquisição, neste incluídas as despesas acessórias indispensáveis, ainda que anteriores à escritura, tais como emolumentos cartorários, corretagens e outros. Os gastos com benfeitorias, indispensáveis à adaptação de imóveis próprios às necessidades de funcionamento, agregam ao valor dos imóveis e escrituram-se nos títulos adequados.

No caso de reavaliação, devem ser agregados ao valor do imóvel os valores daí resultantes.

8) Os encargos incorridos e riscos já conhecidos, de valores calculáveis, mesmo por estimativa, de competência do período, mas que devam ser pagos em períodos subseqüentes, devem ser contabilizados mensalmente nas respectivas contas patrimoniais passivas, em contrapartida com a adequada conta de despesa.

9) As organizações que emitirem faturas ou carnês de mensalidades, em antecipação ao período de cobertura do risco, devem ser registradas na conta redutora de faturamento antecipado, no Ativo.

f) Quanto à Auditoria

Das Demonstrações Contábeis, Controles Internos, Normas Legais e Regulamentação.

As operadoras devem ter as suas Demonstrações Contábeis auditadas por auditores independentes registrados na Comissão de Valores Mobiliários - CVM, em consonância com as normas de auditoria independente expedidas pelos respectivos conselhos profissionais, tendo como escopo mínimo, considerando a materialidade e o porte da operadora auditada, os seguintes procedimentos:

Análise dos mecanismos de controle interno, com o objetivo de detectar possíveis falhas nos mesmos, e, em consequência, determinar a natureza, oportunidade e extensão dos procedimentos específicos de auditoria. Esta análise deverá compreender, pelo menos, os tópicos de emissão, eventos, despesas comerciais, tesouraria, aplicações e cálculo e suficiência das reservas técnicas e seus respectivos ativos em cobertura.

Para as contas de ativo, os procedimentos de auditoria devem permitir concluir pela existência dos bens e direitos e se não há omissões; pertence-se efetivamente à operadora; se não existem restrições para sua livre disponibilidade, e se estão adequadamente registradas e analisadas contabilmente.

Para as contas de passivo, os procedimentos de auditoria devem ser capazes de constatar a veracidade e integridade dos valores contabilizados; se não há passivos ocultos e se estão adequadamente registrados, bem como analisados contabilmente.

Quanto às operações – emissão, eventos e despesas comerciais – os procedimentos de auditoria devem confirmar sua realização, se as transações pertencem efetivamente à operadora, se todas as operações realizadas estão registradas, e se estão adequadamente registradas e analisadas contabilmente.

Os papéis de trabalho que constituam prova de realização dos procedimentos de auditoria, devem ser guardados por um prazo mínimo de 5 (cinco) anos e deverão estar à disposição da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. São considerados papéis de trabalho o conjunto de documentos ou rascunhos com informações recolhidas pelo auditor, preparadas de forma manual, por meios eletrônicos ou ainda outros meios, que constituem a evidência do trabalho realizado e o fundamento do seu parecer.

Os papéis de trabalho do auditor independente devem conter, como mínimo, uma descrição das tarefas realizadas, indicando quais foram as limitações para execução das mesmas, os fatos apurados durante a realização das tarefas e as conclusões obtidas.

O parecer dos auditores independentes deve conter, como mínimo, a identificação do objeto do exame, as tarefas realizadas e opinião fundamentada sobre o auditado.

A fiscalização da ANS, ao verificar quaisquer falhas e/ou irregularidades no trabalho executado pelos auditores, comunicará o fato ao Conselho Federal de Contabilidade – CFC e à Comissão de Valores Mobiliários – CVM, através de processos devidamente instruídos, para possibilitar a apuração de responsabilidades e, se for o caso, a instauração do competente inquérito administrativo.

A ANS poderá, a qualquer tempo, sustar a realização dos trabalhos de auditoria, nas operadoras por ela autorizadas a funcionar, por auditores cujo desempenho, a seu critério, não seja compatível com os interesses de segurança e fortalecimento do mercado de Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, durante o período em que a Comissão de Valores Mobiliários e o Conselho Federal de Contabilidade estiverem apreciando, nas áreas de suas competências, as falhas e/ou irregularidades verificadas pela fiscalização da ANS.

As Normas de Auditoria Independente aplicáveis às Demonstrações Contábeis estabelecidas pelo CFC e pelo Instituto dos Auditores Independentes do Brasil - IBRACON, os Princípios Contábeis emanados da legislação societária, normas constantes na Resolução RDC 38º e suas alterações e o Plano de Contas instituído pela ANS, devem ser fielmente observados na realização dos trabalhos.

3.6. Modelos de Publicação

Também cumprindo a disposição legal contida no art. 22 da Lei 9656/98, exige-se a publicação das demonstrações contábeis, acompanhadas do parecer dos auditores.

Esta publicação, objetivando economia de custos, será exigida diferencialmente por operadora de grande, médio e pequeno porte, conforme modelos de publicação constantes do capítulo V do plano de contas padrão, devendo-se ressaltar também que tal procedimento foi referendado pelo representante do CFC na Câmara Técnica Contábil. Como já mencionado anteriormente, adotou-se como critério de porte das Operadoras o número de beneficiários, sendo o primeiro corte de 20.000 por considerar este ser o número limite para uma diversificação mínima da carteira.

O segundo corte, de 100.000, teve como fundamento a redução de custos administrativos com as publicações, pois os modelos das demonstrações variam de tamanho conforme o porte das Operadoras. :

Os quadros 5 a 10 apresentados a seguir, contêm os modelos de publicação aplicáveis às Operadoras, de acordo com seu porte por número de beneficiários.

Quadro 5 - Modelo de Publicação de Balanço Patrimonial para OPS de Grande Porte

ATIVO	PASSIVO
<p>CIRCULANTE</p> <p>Disponível</p> <p>Realizável</p> <p>Aplicações</p> <p>Títulos de Renda Fixa</p> <p>Títulos de Renda Variável</p> <p>(-) Provisão p/ Desvalorização</p> <p>Créditos de Ope. com Planos de Assis. à saúde</p> <p>Contraprestação Pecuniária a Receber</p> <p>Taxa de Administração de Planos a Receber</p> <p>Outros Créditos Operacionais</p> <p>(-) Faturamento Antecipado</p> <p>(-) Títulos Descontados</p> <p>Despesas de Comercialização Diferidas</p> <p>Outros Valores e Bens</p> <p>(-) Provisão p/ Devedores Duvidosos</p> <p>REALIZÁVEL A LONGO PRAZO</p> <p>Aplicações</p> <p>Outros Créditos a Receber</p> <p>PERMANENTE</p> <p>Investimentos</p> <p>Part. Societárias - Rede Hospitalar Própria</p> <p>Outros Investimentos</p> <p>(-)Prov. p/ Desvalorização / Deprec. Acumuladas</p> <p>Imobilizado</p> <p>Imóveis de Uso Próprio - Hospitalares</p> <p>Imóveis de Uso Próprio - Não Hospitalares</p> <p>Bens Móveis - Hospitalares</p> <p>Bens Móveis - Não Hospitalares</p> <p>Outras Imobilizações - Hospitalares</p> <p>Outras Imobilizações - Não Hospitalares</p> <p>(-)Prov. Perda Reaval./Deprec. Amortiz. Acumul.-Hospitalares</p> <p>(-) Prov. Perda Reaval./Deprec.Amortiz.Acumul.-Não Hospital.</p> <p>Diferido</p> <p>Total do Ativo</p>	<p>PROVISÕES TÉCNICAS</p> <p>CIRCULANTE</p> <p>Eventos a Liquidar</p> <p>Eventos a Liquidar c/ Op. De Assis. à Saúde</p> <p>Prov. De Eventos Ocorridos e Não Avisados</p> <p>Débitos de Op. de Assist. à Saúde</p> <p>Contraprestação a Restituir</p> <p>Débitos c/ Op. de Plano Priv. De Assist. à Saúde</p> <p>Comercialização sobre Op. De Assist. à Saúde</p> <p>Outros Débitos Operacionais</p> <p>Débitos Diversos</p> <p>Empréstimos e Financiamentos a Pagar</p> <p>Outros</p> <p>EXIGÍVEL A LONGO PRAZO</p> <p>Empréstimos e Financiamentos a Pagar</p> <p>Outros</p> <p>RESULTADO DE EXERCÍCIOS FUTUROS</p> <p>PATRIMÔNIO LÍQUIDO ou PATRIMÔNIO SOCIAL</p> <p>Capital Social ou Patrimônio Social</p> <p>Reservas</p> <p>Ganhos e Perdas Não Realizados com Tit. Val. Mob.</p> <p>Lucros (Superávits) ou Prejuízos (Déficits) Acum.</p> <p>Total do Passivo</p>

Fonte: RN 27 de abril de 2003

Quadro 6 - Modelo de Publicação de DRE para OPS de Grande Porte

DEMONSTRAÇÃO DO RESULTADO
Contraprestação Efetivas de Operações de Assis. à Saúde Contraprestação Líquidas Variação das Provisões Técnicas Receita com Administração de Planos de Assis à Saúde Eventos Indenizáveis Líquidos Eventos Indenizáveis Recuperação de Eventos Indenizáveis Recuperação de Despesas c/ Eventos Indenizáveis Variação Provisão de Eventos Ocorridos e Não Avisados <p style="text-align: center;">RESULTADO OPERACIONAL BÁSICO</p> Despesas de Comercialização Outras Receitas e Despesas Operacionais <p style="text-align: center;">RESULTADO OPERACIONAL</p> Resultado Financeiro Líquido Receitas Financeiras Despesas Financeiras Despesas Administrativas Resultado Patrimonial Resultado Não Operacional <p style="text-align: center;">RESULTADO ANTES DOS IMPOSTOS E PARTICIPAÇÕES</p> Imposto de Renda Contribuição Social Participação no Resultado <p style="text-align: center;">RESULTADO LÍQUIDO</p>

Fonte: RN 27 de abril de 2003

Obs: Conforme o RDC nº. 27 de abril de 2003, o Balanço Patrimonial e a Demonstração do Resultado deverão ser publicados de forma comparativa com as Demonstrações relativas ao exercício anterior.

Quadro 7 - Modelo de Publicação de Balanço Patrimonial para OPS Médio Porte

ATIVO	PASSIVO
CIRCULANTE Disponível Realizável Aplicações Créditos Operações c/ Planos Assist. à Saúde Despesas de Comercialização Diferidas Outros Valores e Bens REALIZÁVEL A LONGO PRAZO Aplicações Outros Créditos a Receber PERMANENTE Investimentos Imobilizado Imóvel de Uso Próprio - Hospitalares Bens Móveis - Hospitalares Outros (-) Prov. Perda Reaval./Deprec.Amortiz.Acumul. Diferido	PROVISÕES TÉCNICAS CIRCULANTE Eventos a Liquidar Débitos de Operações de Assist. à Saúde Débitos Diversos EXIGÍVEL A LONGO PRAZO RESULTADO DE EXERCÍCIOS FUTUROS PATRIMÔNIO LÍQUIDO ou PATRIMÔNIO SOCIAL Capital Social ou Patrimônio Social Reservas Ganhos e Perdas Não Realiz. Com Tít. Val. Mobiliários Lucros/Superávits ou Prejuízos/Déficits Acumulados
Total do Ativo	Total do Passivo

Fonte: RN 27 de abril de 2003

Quadro 8 - Modelo de Publicação de DRE para OPS de Médio Porte

DEMONSTRAÇÃO DO RESULTADO
Contraprestações Efetivas de operações de Assis à Saúde Eventos Indenizáveis Líquidos RESULTADO OPERACIONAL BÁSICO Despesas de Comercialização Outras Receitas e Despesas Operacionais RESULTADO OPERACIONAL Resultado Financeiro Líquido Despesas Administrativas Resultado Patrimonial Resultado não Operacional RESULTADO ANTES DOS IMPOSTOS E PARTICIPAÇÕES Impostos e Participações no Resultado RESULTADO LÍQUIDO

Fonte: RN 27 de abril de 2003

Quadro 9 - Modelo de Publicação de Balanço Patrimonial para OPS Pequeno Porte

ATIVO	PASSIVO
CIRCULANTE	PROVISÕES TÉCNICAS
REALIZÁVEL A LONGO PRAZO	CIRCULANTE
PERMANENTE	EXIGÍVEL A LONGO PRAZO
	RESULTADO DE EXERCÍCIOS FUTUROS
	PATRIMÔNIO LÍQUIDO ou PATRIMÔNIO SOCIAL
TOTAL DO ATIVO	TOTAL DO PASSIVO

Fonte: RN 27 de abril de 2003

Quadro 10 - Modelo de Publicação de DRE para OPS de Pequeno Porte

DEMONSTRAÇÃO DO RESULTADO
Contraprestações Efetivas de operações de Assist. à Saúde
Eventos Indenizáveis Líquidos
Despesas de Comercialização
Outras Receitas e Despesas Operacionais
RESULTADO OPERACIONAL
Resultado Financeiro Líquido e Resultado Patrimonial
Despesas Administrativas
Resultado Não Operacional
Imposto e Participação no Resultado
RESULTADO LÍQUIDO

Fonte: RN 27 de abril de 2003

Uma vez estudado a estrutura de plano de contas, e dos modelos de publicações o próximo capítulo analisa as demonstrações contábeis das Operadoras de Planos de Saúde com base nas publicações em jornais..

CAPÍTULO 4 – ANÁLISES REALIZADAS

No quarto capítulo é efetuada uma análise dos aspectos mais relevantes das demonstrações contábeis, bem como sua evidenciação, um dos aspectos é a evidenciação das notas explicativas, citadas na Lei nº 6.404/76 e em diversos normativos da CVM e foram observadas as notas explicativas para o setor específico.

Outro aspecto é as garantias financeiras para as OPS, analisando se estavam sendo evidenciadas.

E finalmente, a análise financeira através do IGO e da NCG.

4.1. Notas Explicativas

A contabilidade enfrenta um grande desafio com relação a evidenciação, pois, mensurar a qualidade e a quantidade de informações que atendam às necessidades dos usuários das demonstrações contábeis, em determinado momento, não consiste numa tarefa muito fácil, e como parte do esforço desenvolvido neste campo, surge as notas explicativas que funcionam como informações complementares às demonstrações contábeis, fundamentais para conclusão final.

Segundo IUDÍCIBUS et al. (2000, p.363), “Podem estar expressas tanto na forma descritiva como na forma de quadros analíticos, ou mesmo englobar outras demonstrações contábeis que forem necessárias ao melhor e mais completo esclarecimento dos resultados e da situação financeira da empresa, tais como: demonstração do valor adicionado, demonstração de fluxos de caixa e demonstrações contábeis em moeda constante. As notas podem ser usadas para descrever práticas contábeis utilizadas pela companhia, para explicações adicionais sobre determinadas contas ou operações específicas e ainda para composição e detalhes de certas contas”.

As notas não devem ser utilizadas para justificar erros, pois não os consertam, apenas esclarece o leitor, sendo nestes casos, obrigatório o uso da nota explicativa.

4.2. As notas explicativas conforme a lei das sociedades por ações (e a CVM)

O parágrafo 4º do art. 176 da Lei 6.404/76 estabelece que:

“as demonstrações serão complementadas por Notas Explicativas e outros quadros analíticos ou demonstrações contábeis necessários para esclarecimento da situação patrimonial e dos resultados do exercício”

As Notas Explicativas têm o objetivo de esclarecer a situação patrimonial em um determinado momento e também mencionar fatos que podem alterar futuramente esta situação patrimonial.

A Lei 6.404/76 em seu artigo 176 § 5º estabelece nove casos em que deverão constar em notas explicativas, a saber:

- *os principais critérios de avaliação dos elementos patrimoniais, especialmente estoques, dos cálculos de depreciação, amortização e exaustão, de constituição de provisões para encargos ou riscos, de ajustes para atender a perdas prováveis na realização dos elementos do ativo;*
- *os investimentos em outras sociedades, quando relevantes (art.247, parágrafo único);*
- *aumento de valor de elementos do ativo resultante de novas avaliações (art.182,§ 3º);*
- *os ônus reais constituídos sobre elementos do ativo, as garantias prestadas a terceiros e outras responsabilidades eventuais ou contingentes;*

- *a taxa de juros, as datas de vencimento e as garantias das obrigações em longo prazo;*
- *o número, espécie e classes das ações do capital social;*
- *as opções de compra de ações outorgadas e exercidas no exercício;*
- *os ajustes de exercícios anteriores (art. 186, § 1º);*
- *os eventos subsequentes à data de encerramento do exercício que tenham, ou possam vir a ter, efeito relevante sobre a situação financeira e os resultados futuros da companhia”.*

No intuito de concorrer para a melhoria das informações divulgadas pelas companhias abertas a CVM tem uma relação da consolidação dos atos normativos das notas explicativas, esses atos normativos são Instruções, Deliberações e Pareceres de Orientação da CVM, além de Ofícios, Circulares da Superintendência de Normas Contábeis e de Auditoria da Autarquia.

Esta relação, não esgota a necessidade de divulgação de outras informações que devem ter as notas explicativas, esta relação é composta de cinquenta e três assuntos relevantes que devem ser observados, eis alguns exemplos:

- *Ações em Tesouraria*
- *Acordo Geral do setor elétrico*
- *Ágio/Deságio*
- *Ajustes de exercício anteriores*
- *Alteração de método ou critério contábil*
- *Arrendamento Mercantil (Leasing)*

Apesar de todo esse rol, tanto da CVM como da Lei 6.404/76, este não é exaustivo, dependendo da Companhia, devem constar somente aqueles que forem relevantes e aplicáveis especificamente a Companhia na qual estão sendo feita as Notas Explicativas.

4.3. Notas sobre os principais critérios de avaliação

A divulgação dos principais critérios de avaliação dos elementos patrimoniais que também pode ser chamado de Principais Procedimentos Contábeis, Principais Diretrizes Contábeis, Sumários de Práticas Contábeis dentre outros, é importante para o usuário compreender melhor a situação patrimonial e financeira da empresa, bem como de suas operações.

A alínea a do § 5º do art. 176 da lei 6.404/76, traz:

“os principais critérios de avaliação dos elementos patrimoniais, especialmente estoques, dos cálculos de depreciação, amortização e exaustão, de constituição de provisões para encargos ou riscos, e dos ajustes para atender a perdas prováveis na realização dos elementos dos ativos”.

IUDÍCIBUS et al. (2000, p.366) traz uma relação dos critérios mais relevantes a serem cobertos pelas Notas Explicativas, a saber:

- *avaliação das aplicações temporárias em títulos e valores mobiliários (custo atualizado ou valor de mercado);*
- *a base da constituição da provisão para devedores duvidosos;*
- *avaliação dos estoques;*
- *avaliação do imobilizado, por principais classes, inclusive as taxas de depreciação ou exaustão utilizadas em função da vida útil econômica estimada dos bens e método de aplicação dessas taxas;*
- *avaliação dos investimentos, ou seja, se estão avaliados ao custo menos provisões para perdas, ou pelo método da equivalência patrimonial, no caso, de investimentos relevantes em coligadas e/ou controladas;*

- *avaliação do Ativo Diferido, ou seja, as bases adotadas pela empresa para ativar os gastos de implantação e pré-operacionais de novos projetos, e ainda critérios para sua amortização;*
- *registros dos passivos, particularmente quanto aos empréstimos e financiamentos, ou seja, se estão atualizados pelas variações monetárias correspondentes e juros, e o critério contábil quanto à apropriação das despesas financeiras (encargo de exercício, ativo diferido, caso a empresa esteja em fase pré-operacional);*
- *a base de contabilização da Provisão para o Imposto de Renda, inclusive quanto à consideração ou não dos incentivos fiscais correspondentes, e a adoção do diferimento do Imposto de Renda;*
- *forma de reconhecimento dos efeitos da inflação.*

4.4. Análise sobre a evidenciação

Baseado na relação dos critérios mais importantes a serem cobertos pelas notas explicativas citadas por IUDÍCIBUS et al. (2000, p.366) e descrita acima foi realizada uma pesquisa na qual as respostas foram obtidas através das demonstrações publicadas pelas seis OPS, selecionadas dentro do grupo das onze maiores Operadoras de Planos de Saúde Privadas – Modalidade Medicina de Grupo do Estado de São Paulo.

Objetivo: Saber se os critérios mais importantes a serem cobertos pelas notas explicativas foram mencionados nas demonstrações contábeis analisadas, e destacar algumas notas explicativas peculiares à atividade. Os quadros 11 a 19, a seguir apresentados sintetizam os resultados da análise realizada.

Quadro 11 – Critério de avaliação das aplicações temporárias

Critério de avaliação das aplicações temporárias em títulos e valores mobiliários (custo atualizado ou valor de mercado)		
	Ano da publicação: 2001	Ano da publicação: 2002
Empresa 1	(x) Tem nota explicativa () NT	(x) Tem nota explicativa () NT
Empresa 2	(x) Tem nota explicativa () NT	(x) Tem nota explicativa () NT
Empresa 3	(x) Tem nota explicativa () NT	(x) Tem nota explicativa () NT
Empresa 4	(x) Tem nota explicativa () NT	(x) Tem nota explicativa () NT
Empresa 5	(x) Tem nota explicativa () NT	(x) Tem nota explicativa () NT
Empresa 6	(x) Tem nota explicativa () NT	(x) Tem nota explicativa () NT

Fonte: Demonstrações Contábeis Publicadas

Este primeiro critério constava nas notas explicativas de todas as operadoras e nos dois anos analisados.

Quadro 12 - Critério base da constituição da provisão p/ Dev. Duv.

Base da constituição da provisão para devedores duvidosos		
	Ano da publicação: 2001	Ano da publicação: 2002
Empresa 1	() Tem nota explicativa (x) NT	() Tem nota explicativa (x) NT
Empresa 2	(x) Tem nota explicativa () NT	(x) Tem nota explicativa () NT
Empresa 3	() Tem nota explicativa (x) NT	() Tem nota explicativa (x) NT
Empresa 4	(x) Tem nota explicativa () NT	(x) Tem nota explicativa () NT
Empresa 5	() Tem nota explicativa (x) NT	() Tem nota explicativa (x) NT
Empresa 6	(x) Tem nota explicativa () NT	(x) Tem nota explicativa () NT

Fonte: Demonstrações Contábeis Publicadas

Este segundo critério constou em três operadoras nos dois anos analisados, apesar da constituição da provisão para devedores duvidosos ser obrigatória para este segmento, com a obrigatoriedade das operadoras de prestarem atendimento para o beneficiário que esteja com até 60 dias de inadimplência, este possível gasto poderia ser incluso nesta provisão, o valor econômico pode ser definido através de cálculos atuariais baseado em dados históricos das operadoras.

Quadro 13 - Critério de avaliação de estoque

Critério de avaliação dos estoques		
	Ano da publicação: 2001	Ano da publicação: 2002
Empresa 1	() Tem nota explicativa (x) NT	() Tem nota explicativa (x) NT
Empresa 2	() Tem nota explicativa (x) NT	() Tem nota explicativa (x) NT
Empresa 3	() Tem nota explicativa (x) NT	() Tem nota explicativa (x) NT
Empresa 4	() Tem nota explicativa (x) NT	() Tem nota explicativa (x) NT
Empresa 5	() Tem nota explicativa (x) NT	(x) Tem nota explicativa () NT
Empresa 6	() Tem nota explicativa (x) NT	(x) Tem nota explicativa () NT

Fonte: Demonstrações Contábeis Publicadas

Quanto ao terceiro critério no primeiro ano nenhuma OPS apresentou e no segundo ano duas OPS apresentou em suas notas explicativas, as empresas prestadoras de serviços, não possuem estoques, exceção para aquelas que além de OPS têm prestação de serviço hospitalar, das empresas pesquisadas a OPS dois em sua nota explicativa nº 8 de 2001 e 2002 constam participações em hospitais, a quatro na nota nº 10 de 2001 e 2002 constam Edifícios, Equipamentos e Instrumentos Hospitalares, a OPS cinco na nota quatro de 2001 e três de 2002 trata de imóveis de uso próprio – hospitalares e a OPS seis na nota 5 de 2001 e nota 7 de 2002 tratam de imóveis de uso hospitalar.

Quadro 14 - Critério de avaliação do Imobilizado

Critério de avaliação do imobilizado		
	Ano da publicação: 2001	Ano da publicação: 2002
Empresa 1	(x) Tem nota explicativa () NT	(x) Tem nota explicativa () NT
Empresa 2	(x) Tem nota explicativa () NT	(x) Tem nota explicativa () NT
Empresa 3	(x) Tem nota explicativa () NT	(x) Tem nota explicativa () NT
Empresa 4	(x) Tem nota explicativa () NT	(x) Tem nota explicativa () NT
Empresa 5	(x) Tem nota explicativa () NT	(x) Tem nota explicativa () NT
Empresa 6	(x) Tem nota explicativa () NT	(x) Tem nota explicativa () NT

Fonte: Demonstrações Contábeis Publicadas

O quarto critério constava nas notas explicativas de todas as Operadoras nos dois anos analisados.

Quadro 15 - Critério de avaliação de Investimentos

Critério de avaliação dos investimentos		
	Ano da publicação: 2001	Ano da publicação: 2002
Empresa 1	(x) Tem nota explicativa () NT	(x) Tem nota explicativa () NT
Empresa 2	(x) Tem nota explicativa () NT	(x) Tem nota explicativa () NT
Empresa 3	(x) Tem nota explicativa () NT	(x) Tem nota explicativa () NT
Empresa 4	() Tem nota explicativa (x) NT	() Tem nota explicativa (x) NT
Empresa 5	() Tem nota explicativa (x) NT	() Tem nota explicativa (x) NT
Empresa 6	() Tem nota explicativa (x) NT	(x) Tem nota explicativa () NT

Fonte: Demonstrações Contábeis Publicadas

Este quinto critério foi apresentado por apenas três das empresas pesquisadas no ano de 2001 e no ano de 2002 quatro apresentaram, as notas explicativas são tanto para fatos quanto investimentos relevantes, portanto quando existirem devem fazer parte da referida nota.

Quadro 16 - Critério de avaliação do Diferido

Critério de avaliação do Diferido		
	Ano da publicação: 2001	Ano da publicação: 2002
Empresa 1	() Tem nota explicativa (x) NT	(x) Tem nota explicativa () NT
Empresa 2	(x) Tem nota explicativa () NT	(x) Tem nota explicativa () NT
Empresa 3	() Tem nota explicativa (x) NT	() Tem nota explicativa (x) NT
Empresa 4	(x) Tem nota explicativa () NT	(x) Tem nota explicativa () NT
Empresa 5	() Tem nota explicativa (x) NT	() Tem nota explicativa (x) NT
Empresa 6	(x) Tem nota explicativa () NT	(x) Tem nota explicativa () NT

Fonte: Demonstrações Contábeis Publicadas

O sexto critério foi apresentado por três operadoras no primeiro ano e quatro no segundo ano, porém o subgrupo do diferido não consta nas demonstrações contábeis de todas as OPS.

Quadro 17 - Critério de Registro do Passivo

Critério de registro do passivo empréstimos e financiamentos		
	Ano da publicação: 2001	Ano da publicação: 2002
Empresa 1	(x) Tem nota explicativa () NT	(x) Tem nota explicativa () NT
Empresa 2	(x) Tem nota explicativa () NT	(x) Tem nota explicativa () NT
Empresa 3	() Tem nota explicativa (x) NT	() Tem nota explicativa (x) NT
Empresa 4	(x) Tem nota explicativa () NT	(x) Tem nota explicativa () NT
Empresa 5	(x) Tem nota explicativa () NT	() Tem nota explicativa (x) NT
Empresa 6	(x) Tem nota explicativa () NT	(x) Tem nota explicativa () NT

Fonte: Demonstrações Contábeis Publicadas

Com relação ao sétimo critério, este foi apresentado por quatro das operadoras nos dois anos analisados, empréstimos e financiamentos demonstra o endividamento das empresas perante terceiros.

Quadro 18 - Critério de Provisão de Imposto de Renda

Provisão de Imposto de Renda		
	Ano da publicação: 2001	Ano da publicação: 2002
Empresa 1	(x) Tem nota explicativa () NT	(x) Tem nota explicativa () NT
Empresa 2	() Tem nota explicativa (x) NT	() Tem nota explicativa (x) NT
Empresa 3	() Tem nota explicativa (x) NT	() Tem nota explicativa (x) NT
Empresa 4	(x) Tem nota explicativa () NT	(x) Tem nota explicativa () NT
Empresa 5	() Tem nota explicativa (x) NT	() Tem nota explicativa (x) NT
Empresa 6	() Tem nota explicativa (x) NT	() Tem nota explicativa (x) NT

Fonte: Demonstrações Contábeis Publicadas

No ano de 2001 a OPS 4 e a seis e no ano de 2002 a OPS cinco apresentaram prejuízo líquido as demais apresentaram lucro no exercício, mesmo assim somente as empresas um e quatro apresentaram o critério de provisão de imposto de renda.

Quadro 19 - Critério Peculiar à atividade

Nota Explicativa peculiar a Atividade		
	Ano da publicação: 2001	Ano da publicação: 2002
Empresa 1	(x) Tem nota explicativa () NT	(x) Tem nota explicativa () NT
Empresa 2	(x) Tem nota explicativa () NT	() Tem nota explicativa (x) NT
Empresa 3	(x) Tem nota explicativa () NT	(x) Tem nota explicativa () NT
Empresa 4	(x) Tem nota explicativa () NT	(x) Tem nota explicativa () NT
Empresa 5	(x) Tem nota explicativa () NT	() Tem nota explicativa (x) NT
Empresa 6	(x) Tem nota explicativa () NT	(x) Tem nota explicativa () NT

Fonte: Demonstrações Contábeis Publicadas

O referido critério foi apresentado no primeiro ano por todas as operadoras e no segundo ano por quatro delas, em todas foram apresentadas notas explicativas sobre as garantias financeiras e provisões técnicas estabelecidas pela RDC n.º 77,

de 17 de julho de 2001, abaixo estão as empresas e os números das notas explicativas:

1) Empresa 1

2001: Notas 9 e 19 - Sobre Garantias Financeiras – Provisões Técnicas

2002: Notas 10 e 23 - Sobre Garantias Financeiras – Provisões Técnicas

2) Empresa 2

2001: Nota 3, itens G e H – Sobre Garantias Financeiras – Provisões técnicas

2002: Não apresentou notas explicativas

3) Empresa 3

2001: Nota 3, item F e nota 9 – Sobre Garantias Financeiras – Provisões Técnicas

2002: Nota 3, item F – Sobre Garantias Financeiras – Provisões Técnicas

4) Empresa 4

2001: Nota 17 – Sobre Garantias Financeiras – Provisões Técnicas

2002: Nota 17 – Sobre Garantias Financeiras – Provisões Técnicas

5) Empresa 5

2001: Nota 8 – Sobre garantias Financeiras – Provisões Técnicas

2002: Não apresentou notas explicativas

6) Empresa 6

2001: Nota 13 – Garantias Financeiras – Provisões Técnicas

2002: Nota 17 – Garantias Financeiras

Existem inúmeras práticas contábeis importantes para serem citadas nas notas explicativas, sem esquecer que para segmentos específicos devem ser incluídos os critérios adotados e as operações típicas da atividade.

4.5. Notas explicativas específicas para o setor - garantias financeiras

As garantias financeiras foram regulamentadas pela resolução RDC nº 77, de 17 de julho de 2001, da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Este normativo estabeleceu os critérios a serem observados pelas Operadoras de Planos de Saúde, na constituição de suas provisões para risco ou de operações e garantias financeiras.

Estão sujeitas à constituição das seguintes garantias financeiras para início e continuidade de suas operações:

- I – Capital Mínimo ou Provisão de Operação
- II – Provisão de Risco;
- III – Provisão para Eventos Ocorridos e não Avisados;
- IV – Margem de Solvência
- V – Outras Provisões Técnicas.

Conforme o artigo 11 da RDC n.º 77 de 2001, as provisões descritas nos itens I e II deverão ser constituídas a partir da data de publicação dessa Resolução, da seguinte forma:

- quinze por cento em até um ano;
- trinta por cento em até dois anos
- quarenta e cinco por cento em até três anos;
- sessenta por cento em até quatro anos
- cem por cento em até seis anos.

Independentemente da constituição destas provisões, as Operadoras deverão possuir Índice de Giro de Operação – IGO igual ou superior a 1 (um), aferido trimestralmente. Este índice será exigido a partir de janeiro de 2002 e será tratado no item 4.5.6. deste trabalho.

4.5.1. Capital Mínimo ou Provisão para Operação

Conforme a natureza jurídica das operadoras, podemos classificá-las, de uma maneira ampla em: com e sem fins lucrativos. Para as empresas com fins lucrativos (seguradoras e medicinas de grupo, principalmente) há necessidade de constituírem um capital mínimo para operarem. Já as empresas sem fins lucrativos (cooperativas e fundações, principalmente) devem constituir uma provisão para operação.

Independentemente dessa nomenclatura, os valores resultantes são exatamente os mesmos e definidos pela seguinte equação:

$$CM = K \times 3.100.000,00$$

Onde:

CM = Capital Mínimo ou Provisão para Operação;

K = Constante definida no anexo I da resolução RDC 77/2001 e possui valores distintos em relação à segmentação e região de atuação da operadora.

O anexo I desta resolução é composto das tabelas:

- Tabela A - valor do fator K ponderador usado para calcular o capital mínimo
- Tabela B - valor do fator Y ponderador usado para calcular a provisão de risco;
- Tabela C - valor do fator W ponderador usado para calcular o IGO, estas tabelas consideram a segmentação e a região da operadora e constam no anexo 2 deste trabalho.

Para as OPS que já estavam operando no setor na data da publicação da referida resolução, foi facultada a constituição do capital mínimo e a provisão de risco em um prazo máximo de 6 anos conforme descrito anteriormente, as OPS pesquisadas evidenciaram em suas notas explicativas mencionadas após o quadro 19.

4.5.2. Provisão de Risco

Provisão de risco é uma garantia do passivo da operadora, principalmente com a rede de credenciados e outros prestadores de serviços, e é necessária para todas as operadoras, independente da segmentação ou modalidade de operação, ou ainda a forma de sua constituição, para as OPS com fins lucrativos é exigida a provisão de risco para as OPS sem fins lucrativos é exigida a provisão de operação. A provisão de risco, apesar de prevista na Lei nº 9656/98, foi, de fato, instituída e regulamentada através da RDC nº 77/2001.

Com o intuito de que as operadoras de planos de saúde possam oferecer garantias de suas obrigações contratuais, a ANS instituiu a Provisão de Risco, a ser constituída mensalmente, e correspondente ao maior dos seguintes valores:

- cinquenta por cento das contraprestações líquidas emitidas na modalidade de pré-pagamento;
- a média dos eventos indenizáveis líquidos conhecidos na modalidade de pré-pagamento nos últimos doze meses, multiplicando o resultado pelo fator Y constante na tabela B, do anexo I da Resolução RDC 77/2001.

Quanto ao prazo para constituição dessa provisão, a ANS adotou o mesmo parcelamento do Capital mínimo, apresentado anteriormente.

4.5.3. Provisão de Eventos Ocorridos e não Avisados

Conforme conclusões extraídas do próprio título, esta provisão constitui-se no valor estimado dos eventos ocorridos em um exercício, e que não foram declarados antes do encerramento de contas do mesmo. Portanto, para o cálculo desta provisão, faz-se necessário obter informações sobre os valores, as quantidades e o espaço temporal entre a ocorrência dos eventos e sua notificação à operadora, a qual ocorre através do recebimento da fatura correspondente, emitida pelo respectivo prestador de serviço.

Esta provisão é facultativa, e se constituída, deverá ser feita mensalmente com base em Nota Técnica Atuarial de Provisões – NTAP, conforme metodologia adotada por Atuário responsável e aprovada pela ANS.

4.5.4. Margem de Solvência

Refere-se a provisão suplementar que a operadora que atua na modalidade “terceirizada” (menos de 30% dos custos assistenciais aplicados em rede ou recursos próprios) deverá dispor para suportar oscilações das suas operações, devendo ser correspondente à suficiência do Ativo Líquido para cobrir montante igual ou superior aos seguintes valores:

- 20% da média anual do total das contraprestações pecuniárias emitidas líquidas nos últimos trinta e seis meses;
- 33% da média anual do total dos Eventos Indenizáveis Líquidos nos últimos sessenta meses.

Essa provisão é obrigatória somente para as OPS que se enquadrarem no segmento terciário, porém é facultativa conforme o inciso IV do art. 11 da RDC 77/2001.

O inciso IV do artigo 11º da RDC 77/2001 “contradiz” o “caput” do artigo 10º da mesma RDC, os artigos se anulam porque o caput do artigo 10º diz que as OPS que tiverem menos de 30% de seus custos assistenciais em sua rede própria tem que fazer uma provisão adicional e o inciso IV do artigo 11º diz que essa provisão não é obrigatória, portanto somente as OPS que zelarem pelo princípio da prudência farão esta provisão, uma vez que não é obrigatória.

4.5.5. Outras Provisões Técnicas

É facultada às OPS constituírem outras provisões técnicas consubstanciadas em Notas Técnicas Atuarial de Provisões – NTAP, condicionada à aprovação da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE, a

constituição dessa provisão é um reconhecimento por parte das OPS com a aprovação da ANS de um risco maior que os já provisionados.

Quanto às empresas pesquisadas constam no Balanço Patrimonial no subgrupo provisões técnicas ou provisões de risco no ano de 2002 em 100% das empresas no ano de 2001 somente 40% fizeram essa provisão, talvez pudesse se atribuir a isso o fato da RDC nº 77/01 ter sido publicada em julho de 2001, e talvez se justifique que em 2002 toda as OPS fizeram a provisão.

4.5.6. Índice de Giro de Operação – IGO

O Índice de Giro de Operação - IGO instituído pela ANS para, quantificar a capacidade econômica e financeira da Operadora, frente aos custos assistenciais e despesas de comercialização. Independentemente da constituição das garantias anteriormente citadas, as OPS deverão possuir índice de giro de operação – IGO igual ou superior a 1 (um), aferido trimestralmente, calculado a partir da multiplicação do fator W pela divisão das variáveis A e B, na qual:

I – o fator W é um ponderador a ser obtido na tabela do quadro 20, abaixo;

II – a variável A é o resultado da divisão do Ativo Circulante pelo Passivo circulante;

III – a variável B é o resultado da divisão da soma dos eventos indenizáveis Líquidos e das Despesas de Comercialização pelas Contraprestações Líquidas.

Esta fórmula pode ser representada da seguinte forma:

$$IGO = W \cdot \frac{A}{B}$$

$$A = \frac{\text{Ativo Circulante}}{\text{Passivo Circulante}}$$

$$B = \frac{\text{Even. Ind. Liq. + Desp. Coml}}{\text{Contraprestações Líquidas}}$$

QUADRO 20 - Valor do Fator W

SEGMENTO	REGIÃO DE ATUAÇÃO					
	1	2	3	4	5	6
Medicina de Grupo/Filantropias – ST	1,110	1,120	1,000	1,130	1,145	1,160
Cooperativa Médica – ST	1,316	1,324	1,386	1,360	1,358	1,355
Medicina de Grupo/Filantropia – SSS	1,215	1,223	1,000	1,410	1,400	1,390
Cooperativa Médica – SSS	1,459	1,467	1,529	1,504	1,502	1,499
Autogestão não patrocinada	1,000	1,020	1,210	1,200	1,225	1,250
Medicina de grupo/Filantropia – SSP	1,072	1,080	1,142	1,130	1,115	1,100
Cooperativa Médica – SSP	1,410	1,380	1,350	1,320	1,305	1,290
Medicina de grupo/Filantropia – SPS	1,716	1,742	1,821	1,771	1,752	1,733
Cooperativa Médica – SPS	1,853	1,842	1,858	1,830	1,821	1,813
Medicina de Grupo/Filantropia SPP/SUS	2,360	2,404	2,500	2,412	2,389	2,365
Cooperativa Médica SPP e SPP/SUS	2,296	2,304	2,366	2,340	2,338	2,335
Odontologia de Grupo – SOT	1,100	1,120	1,050	1,030	1,035	1,040
Cooperativa Odontológica – SOT	1,025	1,033	1,095	1,069	1,067	1,064
Odontologia de Grupo – SOM	1,485	1,493	1,555	1,530	1,528	1,525
Cooperativa Odontológica – SOM	1,475	1,483	1,545	1,519	1,517	1,514
Odontologia de Grupo – SOP	1,135	1,143	1,105	1,080	1,078	1,075
Cooperativa Odontológica – SOP	1,025	1,033	1,200	1,030	1,000	1,000

Fonte: <http://www.ans.gov.br> . Acesso em: 12 mai. 2003.

Legenda:

- ST – Segmento terciário
- SSS – Segmento Secundário Subsidiário
- SSP – Segmento Secundário Principal
- SPS – Segmento Primário Subsidiário
- SPP – Segmento Primário Principal
- SOT – Segmento Odontológico Terciário
- SOM – Segmento Odontológico Misto
- SOP – Segmento Odontológico Principal

Os dados que compõem os Eventos Indenizáveis Líquidos, as Despesas de Comercialização e as Contraprestações Líquidas são calculados com base na média dos últimos 12 (doze) meses.

Para efeito de classificação, as operadoras devem observar o disposto na RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000, e também enquadram-se em regiões, conforme sua área de atuação:

- Região 1: em todo o território nacional ou em grupos de pelo menos três estados dentre os seguintes: São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Paraná e Bahia;
- Região 2: no Estado de São Paulo ou em mais de um estado, excetuando os grupos definidos no critério da região 1;
- Região 3: em um único estado, qualquer que seja ele, excetuando-se o Estado de São Paulo;
- Região 4: no município de São Paulo, do Rio de Janeiro, de Belo Horizonte, de Porto Alegre ou de Curitiba;
- Região 5: em grupo de municípios, exceto os definidos na região 4;
- Região 6: em um único município, excetuando os definidos na região 4.
- Obs. 1: considera-se área de atuação as localidades nas quais as operadoras comercializam ou disponibilizam seus Planos Privados de Assistência à Saúde.
- Obs. 2: será considerada atuação estadual a operação em mais de 50% dos municípios de um estado.
- Obs. 3: cada operadora só poderá enquadrar-se em uma única região e segmento. (RDC n.º 77 de 17/07/2001).

4.6. Análise Financeira do IGO

O IGO apresentado pelas Operadoras de Planos de Saúde pesquisadas:

1) A empresa 1 no ano de 2001 não traz em suas notas explicativas o índice de giro de operação - IGO, e para calculá-lo utiliza-se o fator W que é ponderador do segmento e região em que a OPS opera, e apesar da empresa 1 trazer o segmento não traz a sua área de atuação, desta forma não é possível calcular, em 2002 foi evidenciado o IGO de aproximadamente 1,69

2) A empresa 2 em 2001 e 2002 não apresentou em suas notas explicativas o seu índice de giro de operação e não foi possível aplicar a fórmula já descrita anteriormente, pois os dados publicados mostraram ser insuficiente para realizar este cálculo.

3) A empresa 3 em 2001 teve seu índice de giro de operação de 3,77 demonstrado em suas notas explicativas e em 2002 de 4,02.

4) Em 2001 a empresa 4 teve seu índice de giro de operação de 1,09 e em 2002 de 1,39 conforme suas demonstrações.

5) A empresa 5 não apresentou em suas demonstrações de 2001 e 2002 seu índice de giro de operação.

6) A empresa 6 em 2001 na nota 13 Garantias Financeiras apresentou o IGO de 3,18% e 2002 não apresentou o índice de giro de operação.

As empresas devem divulgar as informações com clareza, para que se compreenda de imediato o que está sendo comunicado, bem como os fatos relevantes devem constar em notas explicativas e, o índice de giro de operação quantifica a capacidade econômica e financeira das OPS o que torna sua evidência obrigatória.

Como as OPS pesquisadas deixaram de apresentarem o IGO em suas evidenciações, e seu cálculo, conforme demonstrado ainda não é possível, pois falta informações em suas evidenciações, constatou-se então a necessidade de usar um ponderador de risco para complementar o resultado da pesquisa, a Necessidade de Capital de Giro (NCG) atende esse requisito porque as provisões descritas anteriormente referem-se a liquidez (Provisão de Risco, Margem de Solvência, índice de giro), ou seja, a NCG é um modelo de análise financeira desenvolvida da década de 1970, o que possibilita uma análise detalhada do capital de giro.

4.7. Análise da Necessidade de Capital de Giro

Segundo a ANS Agência Nacional de Saúde, até setembro de 2002, 30% dentre as administradoras de planos de saúde atravessavam dificuldades financeiras (Folha de São Paulo, 2003 p. B1), partindo dessa informação foi calculada a NCG que também é conhecida como Investimento Operacional em Giro – IOG, e comparado ao IGO.

O principal objetivo da análise da liquidez de uma empresa reside em identificar sua capacidade de honrar seus compromissos de curto prazo, o tradicional índice de liquidez corrente, que relaciona o ativo ao passivo circulante, foi considerado um indicador não eficaz para avaliar a capacidade da empresa em pagar seus compromissos imediatos, pois o prazo de realização das aplicações de recursos pode estar incompatível com o prazo de vencimento de suas fontes de financiamento, desta forma, a realização das aplicações não gera os recursos necessários no prazo ideal para saldar os financiamentos.

Para uma análise detalhada da necessidade de capital de giro faz-se necessário uma classificação na apresentação da estrutura do Ativo e Passivo Circulante apresentado segundo a Lei nº 6.404/76. No qual o ativo circulante será desmembrado em duas partes:

- Uma parte cíclica que contém os itens relacionados de forma direta com o ciclo operacional da empresa, tais como duplicatas a receber,

estoques, adiantamentos a fornecedores bem como despesas antecipadas, esta parte do ativo se chama Ativo Circulante Cíclico – ACC;

- E outra parte que é chamada de Ativo Circulante Financeiro - ACF comporá os demais elementos do ativo circulante.

ASSAF NETO E SILVA (1997, p.54) apresentam a seguinte definição:

“O ativo circulante operacional é composto de valores que mantêm estreita relação com a atividade operacional da empresa. Estes elementos são diretamente influenciados pelo volume de negócios (produção e vendas) e características das fases do ciclo operacional (condições de recebimentos das vendas e dos pagamentos a fornecedores, prazo de estocagem etc.)”.

“O ativo financeiro é formado sem apresentar necessariamente um vínculo direto com o ciclo operacional da empresa. Não denota, por conseguinte, qualquer comportamento preestabelecido, variando mais estreitamente em função da conjuntura e do risco de maior ou menor liquidez a que a empresa deseja assumir”.

O passivo circulante será também desdobrado em duas partes:

- Uma diretamente relacionada ao ciclo operacional ou cíclico da empresa Passivo Circulante Cíclico - PCC, ou seja, fontes que se renovam espontaneamente à medida em que suas operações se desenvolvem, tais como: fornecedores, salários e encargos a pagar, tributos a recolher, adiantamento de clientes;
- E a outra, Passivo Circulante Financeiro – PCF, de natureza financeira que compreende os empréstimos bancários, descontos de títulos e outras operações que não decorrem de forma direta do ciclo operacional da empresa.

A necessidade de capital de giro compreende Ativo Circulante Cíclico menos Passivo Circulante Cíclico, ou seja, a fórmula da necessidade de capital de giro pode ser apresentada da seguinte forma:

$$\text{NCG} = \text{ACC} - \text{PCC}$$

Em que: NCG = Necessidade de Capital de Giro

ACC = Ativo Circulante Cíclico

PCC = Passivo Circulante Cíclico

Foi feito a análise do saldo de tesouraria, porque ele complementa a NCG, ter saldo de tesouraria positivo significa possuir reserva para cobrir eventuais oscilações na NCG, como ter saldo negativo significa não possuir ou estar consumindo suas reservas para suprir a NCG.

Conforme FLEURIET, KEHDY e BLANC (1980, p.20), define-se como saldo de tesouraria: Ativo Circulante Financeiro menos o Passivo Circulante Financeiro, ou seja, a fórmula do saldo de tesouraria pode ser apresentada da seguinte forma:

$$\text{ST} = \text{ACF} - \text{PCF}$$

Em que: ST = Saldo de Tesouraria

ACF = Ativo Circulante Financeiro

PCF = Passivo Circulante Financeiro

4.8. Análise Comparativa IGO X NCG

Conforme ASSAF NETO E SILVA (1997, p.24):

“O conceito de equilíbrio financeiro de uma empresa é verificado quando suas obrigações financeiras se encontram lastreadas em ativos com prazos de conversão em caixa similares aos dos passivos. Em outras palavras, o equilíbrio financeiro exige vinculação entre a liquidez dos ativos e os desembolsos demandados pelos passivos”.

A NCG é ACC menos PCC, ou seja,

$$\text{NCG} = \text{ACC} - \text{PCC}$$

Neste caso teremos duas situações:

Quando ACC for maior que PCC - a empresa precisa de outros recursos além do circulante para financiar suas aplicações no giro;

Quando ACC for menor que PCC - a NCG é negativa, e os recursos das fontes operacionais são suficientes para suprir as necessidades do giro e ainda sobram recursos para serem aplicados em outros ativos.

O ST é ACF menos PCF, ou seja,

$$\text{ST} = \text{ACF} - \text{PCF}$$

Neste caso poderá ocorrer duas situações:

Quando ACF for maior que o PCF, então haverá ST positivo, o que significa que a empresa tem reserva financeira para cobrir eventuais necessidades de capital de giro;

Quando ACF for menor que o PCF, então haverá ST negativo, o que significa que a empresa não tem reserva financeira e pode ficar numa situação de risco se quem estiver financiando não quiser renovar ou não financiar mais.

Os quadros 21 a 29 apresentam dados extraídos dos balanços reclassificados para análise conforme os apêndices 1 a 9.

Quadro 21 - Quadro sintético do resultado das análises da empresa 1

2001			2002		
Circulante	ACF - 460.992	PCF - 9.496.381	Circulante	ACF - 1.805.156	PCF - 7.892.988
	ACC - 7.021.194	PCC - 4.181.137		ACC - 6.149.995	PCC - 8.579.317
FATURAMENTO		111.227.510	FATURAMENTO		112.281.805
NCG - Positiva		2.840.057	NCG - Negativa		-2.429.322
ST - Negativo		-9.035.389	ST - Negativo		-6.087.832
IGO		1,69	IGO		
CCL		-6.195.332	CCL		-8.517.154

Fonte: Apêndice 1

A empresa 01 tem NCG positiva no primeiro ano, o que significa que precisa de outras fontes de recursos para suas operações no segundo ano tem NCG negativa; tem ST negativo, ou seja, a empresa não possui ou está consumindo suas reservas para suprir a NCG e o IGO mostra que em 2001 para cada um real (R\$ 1,00) de custos assistenciais e despesas de comercialização tem 1,69 de recursos para liquidá-los.

A empresa 1 tem dentro do grupo ativo circulante em 2001 o valor R\$ 2.357.800 e em 2002 o valor R\$ 2.190.000 como Imóveis Destinados à Venda, estes valores foram reclassificados para outro grupo para realizar estas análises.

Quadro 22 - Quadro sintético do resultado das análises da empresa 2

2001		2002		
C i r c u l a n t e	ACF - 23	PCF - 26.672	C i r c u l a n t e	
	ACC - 9.924	PCC - 59.327		
FATURAMENTO		338.671	FATURAMENTO	366.964
NCG - Negativa		-49.403	NCG - Negativa	-38.995
ST - Negativo		-26.649	ST - Negativo	-27.446
IGO			IGO	
CCL		-76.052	CCL	-66.441

Fonte: Apêndice 2

A empresa 02 tem NCG negativa, o que significa que possui recursos suficientes para cobrir suas operações e ainda restam divisas para aplicar em outros ativos, se desejar; tem ST negativo, ou seja, não há reserva financeira para cobrir eventuais NCG, fica numa situação de risco caso não consiga renovar seus financiamentos, estes números não seguem a mesma tendência, quando o ST está negativo revela que a empresa não possui ou está consumindo suas reservas para suprir a NCG, e como poderia estar suprindo a NCG se ela é negativa, o que significa, então, sobra de recurso.

Quadro 23 - Quadro sintético do resultado das análises da empresa 3

2001		2002		
C i r c u l a n t e	ACF - 2.323.484	PCC - 2.443.808	C i r c u l a n t e	
	ACC - 421.632			
FATURAMENTO		37.409.643	FATURAMENTO	44.670.415
NCG - Negativa		-2.022.176	NCG - Negativa	-2.869.362
ST - Positivo		2.323.484	ST - Positivo	3.169.036
IGO		3,77	IGO	4,02
CCL		301.308	CCL	299.674

Fonte: Apêndice 3

A empresa 03 tem NCG negativa, o que significa que possui recursos suficientes para cobrir suas operações e ainda resta para aplicar em outros ativos, se desejar; tem ST positivo, ou seja, tem reserva financeira para cobrir eventuais NCG e ainda para cada um real (R\$ 1,00) de custos assistenciais e despesas de comercialização, tem 3,77 no primeiro ano, 4,02 no segundo exercício de recursos para liquidá-los, estes índices são alinhados.

Quadro 24 - Quadro sintético do resultado das análises da empresa 4

2001		2002		
C i r c u l a n t e	ACF - 2.145	PCF - 21.532	C i r c u l a n t e	
	ACC - 20.894	PCC - 33.204		
	FATURAMENTO	305.644	FATURAMENTO	401.656
	NCG - Negativa	-12.310	NCG - Negativa	-14.285
	ST - Negativo	-19.387	ST - Negativo	-16.045
	IGO	1,09	IGO	1,39
	CCL	-31.697	CCL	-30.330

Fonte: Apêndice 4

A empresa 04 possui NCG negativa, o que significa que tem recursos suficientes para cobrir suas operações e ainda sobra para aplicar em outros ativos, se desejar; tem ST negativo, ou seja, não tem reserva financeira para cobrir eventuais NCG e fica numa situação de risco se não conseguir renovar seus financiamentos, e ainda para cada um real (R\$ 1,00) de custos assistenciais e despesas de comercialização tem 1,09 no primeiro ano, 1,39 no segundo ano de recursos para liquidá-los, estes números estão incoerentes caso o ST esteja negativo significa que a empresa não possui ou está consumindo suas reservas para suprir a NCG como poderia estar suprindo se ela é negativa revelando que sobra recurso.

A empresa 4 tem dentro do grupo ativo circulante em 2001 o valor R\$ 4.134 e em 2002 o valor R\$ 3.825 como Imóveis Destinados à Venda, estes valores foram reclassificados para outro grupo para realizar estas análises.

Quadro 25 - Quadro sintético do resultado das análises da empresa 5

2001		2002		
C i r c u l a n t e	ACF - 64.149	PCF - 2.604.953	C i r c u l a n t e	
	ACC - 3.488.704	PCC - 5.885.488		
	FATURAMENTO	62.485.814	FATURAMENTO	55.745.170
	NCG - Negativa	-2.396.784	NCG - Negativa	-3.993.547
	ST - Negativo	-2.540.804	ST - Negativo	-1.365.011
	IGO		IGO	
	CCL	-4.937.588	CCL	-5.358.558

Fonte: Apêndice 5

A empresa 05 tem NCG negativa, o que significa que tem recursos suficientes para cobrir suas operações e ainda permanece com saldo para aplicar em outros ativos, se desejar; tem ST negativo, ou seja, não tem reserva financeira para cobrir eventuais NCG e fica numa situação de risco caso não consiga renovar seus financiamentos, sendo incerto se possuem recursos para liquidar os seus custos assistenciais, bem como suas despesas de comercialização; pois não apresentou o IGO, a empresa 5 apresenta a mesma situação da empresa 4 no tocante a tendência dos números apresentados nos quadros 24 e 25.

Quadro 26 - Quadro sintético do resultado das análises da empresa 6

2001		2002		
C i r c u l a n t e	ACF - 1.371	PCF - 5.747	C i r c u l a n t e	
	ACC - 33.256	PCC - 31.797		
	FATURAMENTO	116.792	FATURAMENTO	250.271
	NCG - Positiva	1.459	NCG - Negativa	-25.039
	ST - Negativo	-4.376	ST - Positivo	9.458
	IGO	3,18	IGO	
	CCL	-2.917	CCL	-15.581

Fonte: Apêndice 6

A empresa 6 tem NCG positiva em 2001 ela precisa de outras fontes de recursos para suas operações em 2002 a NCG é negativa, ou seja, está sobrando recursos para aplicação em outros ativos, o ST em 2001 é negativo não possui reservas financeiras para suprir a NCG em 2002 o ST é positivo ela possui reservas financeiras houve uma reversão no giro desta empresa.

Os recursos demandados pela atividade de Operadora de Planos de Saúde precisam ser administrados para evitar dificuldades financeiras, caso as aplicações e captações de recursos não sejam administradas, de modo satisfatório as conseqüências podem ser desastrosas, pois esta atividade tem uma receita praticamente fixa e um custo que varia conforme a sinistralidade, ou seja, a receita não varia na mesma proporção que os custos.

Assim, pode ocorrer em um determinado momento uma dificuldade financeira, e em outro uma folga. Por esse motivo, a gestão da movimentação dos recursos financeiros é fundamental, e tem por objetivo tomar as decisões mais acertadas para preservar a situação de liquidez e solvência das operadoras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve por objetivo estudar a introdução e evolução da regularização contábil das Operadoras de Plano de Saúde, analisar a situação econômica financeira com base nas evidenciações das demonstrações contábeis após a Lei nº 9656/98, através do índice de giro operacional e da necessidade de capital de giro.

A importância das Operadoras de Plano de Saúde para atender a demanda da população na área da saúde ficou ressaltada, uma vez que o Estado mostrou-se ineficiente para manter um sistema universal para toda a população, mesmo que esteja preconizado no texto constitucional que “...é direito de todos e dever do Estado...”.

Estima-se que as Seguradoras de Saúde, Autogestão, Cooperativa de Trabalho e Medicina de grupo atendam 35,1 milhões de usuários e que a Medicina de Grupo responde pelo atendimento de 46% (quarenta e seis por cento) destes usuários.

As empresas de Medicina de Grupo tiveram sua origem em Baltimore nos Estados Unidos com as *Health Maintenance Organizations* – HMOs, no Brasil, elas acompanharam a instalação da indústria automobilística, particularmente das montadoras estrangeiras, e a relação entre financiadores (empresas empregadoras) e provedores de serviços (convênios médicos) mediados pela previdência social estimularam o processo empresarial da atividade.

As Operadoras de Plano de Saúde são responsáveis pelo atendimento de aproximadamente 35,1 milhões de usuários, sendo que este número já foi maior, assim, a falência de algumas empresas no Brasil, deixando usuários sem atendimento depois de contribuírem por vários anos, houve por parte da sociedade uma pressão para regulamentar o setor, no final do século XX.

Neste sentido tramitou por alguns anos um projeto de lei até que em 1998, foi aprovada a Lei nº 9.656/98, depois disto houve inclusão de várias medidas

provisórias bem como outras normas, como a criação de uma agência reguladora a ANS e com esta, várias normas reguladoras.

A evidenciação implica comunicar fato ou evento sobre determinada organização, para o leitor ser capaz de entender a mensagem transmitida pela informação, a publicação das demonstrações contábeis auditadas por auditores independentes e as notas explicativas, visam esclarecer dados contidos nestas demonstrações, passam a fazer parte desta evidenciação, baseado nisto foi usado não de forma exaustiva, mas de forma exemplificativa alguns itens que devem ser evidenciados através de notas explicativas conforme a Lei nº 6404/76 e normativos da CVM determinam.

As normas contábeis das OPS obedeceram a um cronograma de implantação, foi dado prazo para as empresas se estruturarem e atender a legislação, pois estas OPS passaram a ser fiscalizadas, controladas e regulamentadas por órgãos reguladores específicos, além dos órgãos normais para qualquer empresa constituída com fins lucrativos.

O IGO das OPS tem que ser maior ou igual a um, portanto um índice que atende a legislação, porém ele ainda não está sendo evidenciado por todas as operadoras e por isso foi usado outro ponderador de risco: a Necessidade de Capital de Giro.

As hipóteses de que as OPS adotaram de forma completa o plano de contas padrão, a auditoria independente e a publicação das demonstrações contábeis e se as evidenciações permitem uma análise econômica financeira foram testadas.

A pesquisa efetuada colaborou com a primeira hipótese na medida em que as análises foram feitas a partir de publicações das demonstrações contábeis em jornais de grande circulação dentro dos padrões exigidos pelo plano de contas padrão da Lei nº 9656/98 e da RDC nº 38/00, sendo todas auditadas por auditores independentes.

Quanto à segunda hipótese considerada, a pesquisa demonstrou que foi criado um índice financeiro específico para o setor, o IGO, nas evidenciações deveria constar devido sua relevância, isto aconteceu em algumas das Operadoras de Plano de Saúde pesquisadas nos períodos de 2001 e 2002.

O cálculo deste índice foi demonstrado que ainda não é possível, pois falta informação, a pesquisa valeu-se de outro ponderador de risco que é aplicável em qualquer atividade: a necessidade de capital de giro, para demonstrar que talvez pudesse ser adotado outro índice ou ponderador de risco, ou melhorar a evidenciação do índice específico.

O trabalho respondeu o problema ao deixar caracterizado que a introdução e evolução da regulamentação das OPS aconteceram, pois as análises foram feitas nas demonstrações publicadas pelas OPS, o impacto desta regulamentação é uma transparência cada vez maior e melhor, foi permitido fazer as análises financeiras das OPS com base nas evidenciações, com as restrições já comentadas anteriormente.

Por tratar-se de um assunto muito delicado que é a vida do ser humano, e é difícil entender que as OPS são empresas capitalistas e visam lucros, mesmo que sejam proporcionados através da saúde, há muita discussão sobre esse assunto e este trabalho objetiva estimular e favorecer o surgimento de novas pesquisas sobre o assunto, que possam também contribuir para a evolução do conhecimento científico.

Sugestões para pesquisas subseqüentes:

- Comparações entre as normas aplicadas nas Operadoras de Plano de Saúde no Brasil e em outros países;
- Um modelo de publicação que sirva de orientação para o futuro consumidor de plano de saúde;
- Análise de alterações de plano de contas padrão e dos registros auxiliares
- Impacto na área pública, caso as OPS deixem de existir.
- Modelo de OPS em parceria com a área pública
- Comparação entre OPS e seguradora no ramo de saúde.
- Análise dos pareceres de auditoria das OPS

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, ARLINDO. **Medicina Privada no Brasil**. In: I TELECONFERÊNCIA BRASIL-CANADÁ, 10., 2000. Disponível em <http://www.abramge.com.br>. Acesso em: 05 jul. 2003.

ALMEIDA, E. dos S. T. **Contribuição à Administração do Capital de Giro das Microempresas e Empresas de Pequeno Porte Comerciais**. Dissertação (Mestrado em Controladoria e Contabilidade Estratégica). Centro Universitário Álvares Penteado – UNIFECAP – Brasil, São Paulo, 2003.

AQUINO, Wagner; SANTANA, Antônio Carlos. **Evidenciação**. Caderno de Estudos FIECAFI. São Paulo: junho, 1992.

ASSAF NETO, Alexandre; SILVA, César Augusto Tibúrcio. **Administração do Capital de Giro**. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1997.

BALBI, Sandra. Debilidade Financeira aflige e enfraquece planos de saúde. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 03 fev. 2003. Folha Dinheiro, p. B 1.

BRASIL. **Constituição Federal (1988)** ed. Saraiva 1988.

BRASIL, **Lei 5764, de 16 de dezembro de 1971**, publicada no D.O.U. de 16/12/1971.

BRASIL, **Lei 6404, de 15 de dezembro de 1976**, publicada no D.O.U. de 15/12/1976.

BRASIL, **Lei 9656, de 03 de junho de 1998**, publicada no D.O.U. de 04/06/1998.

BRASIL, **Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000**, publicada no D.O.U. de 29/01/00.

BRASIL, **Medida provisória nº 2177-44, de 24 de agosto de 2001**. D.O.U., Brasília, DF

BRASIL, **Medida provisória nº 1908-17, de 27 de agosto de 1999**. D.O.U., Brasília, DF, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar**. Rio de Janeiro, RJ, 2002.

BRASIL, **Resolução RDC n.º 77, de 17 de julho de 2001.**, Rio de Janeiro, 2001.

BRASIL, **Resolução RDC n.º 38, de 27 de outubro de 2000.**, Rio de Janeiro, 2000.

BRASIL, **Resolução RDC n.º 39, de 27 de outubro de 2000.**, Rio de Janeiro, 2000.

BRASIL, **Resolução RDC n.º 30, de 19 de julho de 2000.**, Rio de Janeiro, 2000.

BRASIL, **Resolução RDC n.º 04, de 18 de fevereiro de 2000.**, Rio de Janeiro, 2000.

BRASIL, **Resolução Normativa – RN n.º 03, de 18 de abril de 2002.**, Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL, **Resolução Normativa – RN n.º 27, de 01 de abril de 2003.**, Rio de Janeiro, 2003.

COMISSÃO DE VALORES MOBILIÁRIOS. www.cvm.org.br. Instrução n.º 59, de 22/12/1986.

COMISSÃO DE VALORES MOBILIÁRIOS. www.cvm.org.br. Instrução n.º 206, de 14/01/1994.

COMISSÃO DE VALORES MOBILIÁRIOS. www.cvm.org.br. Instrução n.º 381, de 14/01/2003.

CONSELHO FEDERAL DE CONTABILIDADE. www.cfc.org.br. Resolução n.º 944/02, de 2002.

CONSELHO NACIONAL DE SEGUROS PRIVADOS. www.susep.gov.br. Resolução n.º 31/78, de 13 de dezembro de 1978.

CONSELHO NACIONAL DE SEGUROS PRIVADOS. www.susep.gov.br. Resolução n.º 08/89, de 21 de julho de 1989.

CONSELHO NACIONAL DE SEGUROS PRIVADOS. www.susep.gov.br. Resolução n.º 19/00, de 17 de fevereiro de 2000.

CONSELHO NACIONAL DE SEGUROS PRIVADOS. www.susep.gov.br. Resolução n.º 73/02, de 13 de maio de 2002.

COOPER, Donald R.; SCHINDLER, Pamela S. **Métodos de Pesquisa em Administração**. 7. ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

DADOS e estatísticas da medicina de grupo. **Assessoria de Imprensa**. Disponível em <http://www.abramge.com.br>. Acesso em: 13 jul. 2003.

DRANOVE, D.; SIMON, C.J.; WHITE, W., "**Determinants of Managed care Penetration**". *Journal of Health Economics*. 17:729-745, 1998.

FLEURIET, Michel; KEHDY, Ricardo; BLANC, Georges. **A dinâmica financeira das empresas brasileiras**. 2ª ed. Belo Horizonte ; Fundação Dom Cabral, 1980.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar um Projeto de Pesquisa**. 3ª ed. São Paulo; Atlas, 1996.

GOLD, M.R.; HURLEY, T.L.; ENSOR, E.; BERENSON, R.; "**a National Survey of the Arrangements Managed care plans make with physicians**". *New England journal of Medicine*. 333(25): 1678-1683. 1995.

HENDRIKSEN, Eldon S.; BREDÁ, Michael F. VAN. **Teoria da Contabilidade**. Tradução de Antônio Zoratto Sanvicente. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

HOLANDA, Aurélio B. **Dicionário da Língua Portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

IGLEHART, J. *“Physicians and the growth of managed care”*. *New Englad Journal of medicine*. Vol. 331, n.º 17, pp:1167-1171. 1994.

IUDÍCIBUS, S.; MARTINS, E.; GELBCKE, E.R. **Manual de Contabilidade das Sociedades por ações**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

IUDÍCIBUS, Sérgio de. **Teoria da Contabilidade**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

JREIGE, Elionor F. **True e Fair View: um entrave ou impulso para a contabilidade?** Disponível em <http://www.eac.fea.usp.br>. Acesso em: 08 mar. 2004.

LAKATOS, Eva Maria.; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia do Trabalho Científico**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 1995.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria.; **Técnicas de Pesquisa**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MATTAR, F.;. **Pesquisa de Marketing**. São Paulo: Atlas, 1996.

NIYAMA, Jorge Katsumi. **Contribuição a avaliação do nível de qualidade da evidenciação contábil das empresas pertencentes ao sistema financeiro da habitação – SFH**. Tese (Doutorado em Contabilidade). Universidade de São Paulo, FEA/USP – Brasil, São Paulo, 1989.

NUNES, A. S. F. **Aplicabilidade do método de custeio ABC (Activity Based Costing) em Sociedades Seguradoras: Estudo de caso em uma filial**. Dissertação (Mestrado em Controladoria e Contabilidade Estratégica). Centro Universitário Álvares Penteado – UNIFECAP – Brasil, São Paulo, 2003.

PLANO de Contas RDC n.º 38 de 27 de outubro de 2000. **Assessoria de Imprensa**. <http://www.abramge.com.br>. Acesso em: 15 jan. 2003.

REGULAMENTAÇÃO dos planos privados de assistência à saúde. **Assessoria de Imprensa**. Disponível em <http://www.abramge.com.br>. Acesso em: 01 jul. 2003.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico**. 21. Ed. São Paulo: Cortez, 2000.

SILVA, José Pereira da . **Gestão e análise de risco de crédito**. 2ª ed. São Paulo : Atlas, 1996.

SOUZA, Silney de. **Seguros Contabilidade, atuária e Auditoria**. 1ª ed. São Paulo : Atlas, 2002.

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS. www.susep.gov.br. Circular n.º 5/79, de 10 de janeiro de 1979.

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS. www.susep.gov.br. Circular n.º 27/88, de 05 de fevereiro de 1988.

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS. www.susep.gov.br. Circular n.º 133/00, de 06 de junho de 2000.

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS. www.susep.gov.br. Circular n.º 142/00, de 26 de outubro de 2000.

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS. www.susep.gov.br. Circular n.º 189/02, de 24 de maio de 2002.

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS. www.susep.gov.br. Circular n.º 224/02, de 13 de dezembro de 2002.

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS. www.susep.gov.br. Circular n.º 226/03, de 07 de fevereiro de 2003.

VENDRAMINI, L. F. **Metodologia para precificação de planos de assistência a saúde: Um enfoque estatístico atuarial e financeiro**. Dissertação (Mestrado em Administração e Gestão Financeira). Universidad Extremadura da Espanha, FAESP/IPCA – Brasil, Curitiba, 2001.

<http://www.ans.gov.br>. Acesso em: 19 de jul. 2002.

<http://www5.estadao.com.br>. Acesso em: 21 de nov. 2003.

<http://www.kpmg.com.br>. Acesso em: 23 de jan. 2004.

<http://www.redecontabil.com.br/artigo>. Acesso em: 05 de set. 2003.

<http://www.setat.com.br>. Acesso em: 23 de jan. 2001.

<http://www.susep.gov.br>. Acesso em: 03 de mar. 2004.

GLOSSÁRIO

INTERNATIONAL ACCOUNTING STANDARDS BOARD (IASB): é um organismo internacional encarregado de emitir normas contábeis para empresas que operam fora das fronteiras nacionais sediado na Europa.

FINANCIAL ACCOUNTING STANDARDS BOARD (FASB): é um organismo internacional encarregado de emitir normas contábeis para empresas que atuam fora das fronteiras nacionais sediado nos Estados Unidos.

TRUE AND FAIR VIEW (TFV): é uma visão justa e verdadeira da situação dos negócios da organização.

UNITED STATES GENERALLY ACCEPTED ACCOUNTING PRINCIPLES (USGAAP): são os princípios contábeis geralmente aceitos usados nos Estados Unidos.

INCURRED BUT NOT REPORTED (IBNR): são os valores dos sinistros ocorridos e ainda não avisados muito usado em seguradoras

HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATIONS (HMO): é uma forma de atenção gerenciada (Managed care), elas oferecem um conjunto de serviços pré-estabelecidos com base em um pagamento pré-determinado.

POINT-OF-SERVICE: é uma outra forma de *Managed care*.

APÊNDICES

Apêndice 1: Análise da Necessidade Capital de Giro Empresa 1			
Balança reclassificada para análise NCG da empresa 1		2001	2002
Ativo Operacional ou Cíclico (ACC)			
Aplicações - Garantias Financeiras		2.835.739	4.795.196
Créditos Oper. Assist. à Saúde		180.300	75.961
Outros Títulos e Créditos a Receber		4.005.155	1.278.838
Depósitos vinculados a empréstimos			
Despesas Antecipadas			
(1) Total		7.021.194	6.149.995
Passivo Operacional ou Cíclico (PCC)			
Provisões Técnicas			1.996.107
Eventos a Liquidar		3.109.157	1.815.190
Débitos Oper. Assist. à Saúde		23.650	130.163
Débitos Diversos		1.048.330	1.452.754
Prov. Eventos Ocorridos e não avisados			3.185.103
Impostos e Taxas (-) IRRF			
(2) Total		4.181.137	8.579.317
(3) Necessidade de Capital de Giro - NCG Variação	(3)=(1)-(2)	2.840.057	(2.429.322)
Ativo Financeiro ou Errático (ACF)			
Caixa e Bancos		421.717	1.805.156
Aplicações de Liquidez imediata		39.275	
(4) Total		460.992	1.805.156
Passivo Financeiro ou Errático (PCF)			
Empréstimos e Financiamentos		9.496.381	7.892.988
IRRF			
(5) Total		9.496.381	7.892.988
(6) Saldo de Tesouraria - ST Variação	(6)=(4)-(5)	(9.035.389)	(6.087.832)
(7) Capital Circulante Líquido Variação	(7)=(1+4)-(2+5)	(6.195.332)	(8.517.154)
Faturamento		111.227.510	112.281.805

Fonte: Adaptação do quadro de Almeida, 2003 p. 89

Obs: Foi reclassificado do ativo circulante a conta "Imóveis para venda"

Apêndice 2: Análise da Necessidade Capital de Giro Empresa 2			
Balança reclassificado para análise NCG da empresa 2		2001	2002
Ativo Operacional ou Cíclico (ACC)			
Aplicações - Garantias Financeiras		22.378	22.828
Créditos Oper. Assist. à Saúde		-	7
Títulos e Créditos a Receber		1.603	8.637
Despesas Comerciais Diferidas		(4.575)	(3.745)
Provisão Dev. Duvidosos		(11.773)	(12.617)
Faturamento Antecipado		2.291	2.716
Outros Valores e Bens			
(1) Total		9.924	17.826
Passivo Operacional ou Cíclico (PCC)			
Provisões Técnicas		1.152,00	3.456
Provisão inistro Inc. e não apres.		4.954	-
Débitos Oper. Assist. à Saúde		33.376	33.334
Fornecedores		12.191	13.312
Salários e Encargos		1.039	838
Débitos Diversos		6.615	5.881
(2) Total		59.327	56.821
(3) Necessidade de Capital de Giro - NCG	(3)=(1)-(2)		
Variação		(49.403)	(38.995)
Ativo Financeiro ou Errático (ACF)			
Caixa e Bancos		23	36
Aplicações de Liquidez imediata		-	1.018
(4) Total		23	1.054
Passivo Financeiro ou Errático (PCF)			
Empréstimos e Financiamentos		26.672	28.500
IRRF			
(5) Total		26.672	28.500
(6) Saldo de Tesouraria - ST	(6)=(4)-(5)		
Variação		(26.649)	(27.446)
(7) Capital Circulante Líquido	(7)=(1+4)-(2+5)		
Variação		(76.052)	(66.441)
Faturamento		338.671	366.964

Fonte: Adaptação do quadro de Almeida, 2003 p. 89

Apêndice 3: Análise da Necessidade Capital de Giro Empresa 3			
Balanco reclassificado para análise NCG da empresa 3		2001	2002
Ativo Operacional ou Cíclico (ACC)			
Aplicações - Garantias Financeiras		209.850	730.061
Créditos Oper. Assist. à Saúde			56.980
Outros Valores a Receber		211.782	
Estoques			
Despesas Comerciais Diferidas			
Despesas Antecipadas			
(1) Total		421.632	787.041
Passivo Operacional ou Cíclico (PCC)			
Provisões Técnicas			429.836
Eventos a Liquidar			
Débitos Oper. Assist. à Saúde		1.611.872	2.329.167
Débitos Diversos		831.936	897.400
Salários e Encargos			
Impostos e Taxas (-) IRRF			
(2) Total		2.443.808	3.656.403
(3) Necessidade de Capital de Giro - NCG Variação	(3)=(1)-(2)	(2.022.176)	(2.869.362)
Ativo Financeiro ou Errático (ACF)			
Caixa e Bancos		1.853.953	2.267.612
Aplicações de Liquidez imediata		469.531	901.424
(4) Total		2.323.484	3.169.036
Passivo Financeiro ou Errático (PCF)			
Empréstimos e Financiamentos		-	-
IRRF			
(5) Total		-	-
(6) Saldo de Tesouraria - ST Variação	(6)=(4)-(5)	2.323.484	3.169.036
(7) Capital Circulante Líquido Variação	(7)=(1+4)-(2+5)	301.308	299.674
Faturamento		37.409.643	44.670.415

Fonte: Adaptação do quadro de Almeida, 2003 p. 89

Apêndice 4: Análise da Necessidade Capital de Giro Empresa 4			
Balanco reclassificado para análise NCG da empresa 4		2001	2002
Ativo Operacional ou Cíclico (ACC)			
	Créditos Oper. Assist. à Saúde	8.971	7.905
	Outros Créditos a Receber	5.970	16.964
	Estoques	848	766
	Despesas Diferidas	2.077	292
	Outros Valores a Receber	1.973	796
	Antecipação de Impostos	1.055	3.617
(1) Total		20.894	30.340
Passivo Operacional ou Cíclico (PCC)			
	Provisões Técnicas		2.772
	Eventos a Liquidar	16.697	18.709
	Débitos Oper. Assist. à Saúde	435	438
	Fornecedores	3.524	3.226
	Sálarios e Encargos	3.527	3.516
	Débitos Diversos	9.021	15.964
(2) Total		33.204	44.625
(3) Necessidade de Capital de Giro - NCG Variação		(3)=(1)-(2)	
		(12.310)	(14.285)
Ativo Financeiro ou Errático (ACF)			
	Caixa e Bancos	2.137	1.733
	Aplicações de Liquidez imediata	8	8
(4) Total		2.145	1.741
Passivo Financeiro ou Errático (PCF)			
	Empréstimos e Financiamentos	21.532	17.786
	IRRF		
(5) Total		21.532	17.786
(6) Saldo de Tesouraria - ST Variação		(6)=(4)-(5)	
		(19.387)	(16.045)
(7) Capital Circulante Líquido Variação		(7)=(1+4)-(2+5)	
		(31.697)	(30.330)
Faturamento		305.644	401.656

Fonte: Adaptação do quadro de Almeida, 2003 p. 89

Obs: Foi reclassificado do ativo circulante a conta "Imóveis destinados a venda"

Apêndice 5: Análise da Necessidade Capital de Giro Empresa 5			
Balço reclassificado para análise NCG da empresa 5		2001	2002
Ativo Operacional ou Cíclico (ACC)			
Aplicações - Garantias Financeiras		1.527.523	1.112.476
Créditos Oper. Assist. à Saúde		1.961.181	1.939.103
Outros Valores a Receber			
Estoques			
Despesas Comerciais Diferidas			
Despesas Antecipadas			
(1) Total		3.488.704	3.051.579
Passivo Operacional ou Cíclico (PCC)			
Provisões Técnicas			523.092
Eventos a Liquidar		2.451.515	1.615.006
Débitos Oper. Assist. à Saúde		14.388	3.556
Débitos Diversos		351.824	653.380
Salários e Encargos		413.680	433.427
Tributos e Contribuições		1.706.487	2.103.665
Provisões		947.594	1.713.000
(2) Total		5.885.488	7.045.126
(3) Necessidade de Capital de Giro - NCG Variação	(3)=(1)-(2)	(2.396.784)	(3.993.547)
Ativo Financeiro ou Errático (ACF)			
Caixa e Bancos		63.449	30.150
Aplicações de Liquidez imediata		700	490.182
(4) Total		64.149	520.332
Passivo Financeiro ou Errático (PCF)			
Empréstimos e Financiamentos		2.604.953	1.885.343
IRRF			
(5) Total		2.604.953	1.885.343
(6) Saldo de Tesouraria - ST Variação	(6)=(4)-(5)	(2.540.804)	(1.365.011)
(7) Capital Circulante Líquido Variação	(7)=(1+4)-(2+5)	(4.937.588)	(5.358.558)
Faturamento		62.485.814	55.745.170

Fonte: Adaptação do quadro de Almeida, 2003 p. 89

Apêndice 6: Análise da Necessidade Capital de Giro Empresa 6			
Balanco reclassificado para análise NCG da empresa 6		2001	2002
Ativo Operacional ou Cíclico (ACC)			
Contraprestação Pec a Receber		14.781	21.598
Outros créditos Operac.		7.513	4.874
Títulos e Créditos a Receber		4.728	5.591
Estoques		1.312	1.953
Adiantamentos a fornecedores		4.105	3.044
Impostos a Recuperar		817	1.608
(1) Total		33.256	38.668
Passivo Operacional ou Cíclico (PCC)			
Provisões Técnicas			1.835
Eventos a Liquidar		8.926	20.175
Débitos Oper. Assist. à Saúde		3.075	4.888
Fornecedores		6.497	
Sálarios e Encargos		2.962	7.136
Tributos e Contribuições		9.370	18.679
Obrigações Diversas a Pagar			10.994
Adiantamentos Diversos		967	
(2) Total		31.797	63.707
(3) Necessidade de Capital de Giro - NCG Variação	(3)=(1)-(2)	1.459	(25.039)
Ativo Financeiro ou Errático (ACF)			
Caixa e Bancos		1.074	3.735
Aplicações de Liquidez imediata		297	21.102
(4) Total		1.371	24.837
Passivo Financeiro ou Errático (PCF)			
Empréstimos e Financiamentos		5.747	15.379
IRRF			
(5) Total		5.747	15.379
(6) Saldo de Tesouraria - ST Variação	(6)=(4)-(5)	(4.376)	9.458
(7) Capital Circulante Líquido Variação	(7)=(1+4)-(2+5)	(2.917)	(15.581)
Faturamento		116.792	250.271

Fonte: Adaptação do quadro de Almeida, 2003 p. 89

ANEXOS

Anexo 1- 20 MAIORES EMPRESAS DE MEDICINA DE GRUPO – Base NOVEMBRO/2002

EMPRESAS	FONES	CONTATOS
AMIL (RJ)	(21) 508-2000	DR. Antonio Jorge G. Kropf
PRO SAÚDE – SAMCIL (SP)	(11) 3351-2890	Sra. Mirian F. Leme
GOLDEN CROSS (RJ)	(21) 565-4086	Dr. João Carlos Gonçalves Regado
MEDIAL SAÚDE (SP)	(11) 5508-4000	Dr. Mário Wanderley J. Vieira
CIGNA SAÚDE – AMICO (SP)	(11) 5586-1722	Dr. Luiz Roberto Fonseca Camargo
INTERCLÍNICAS PLANOS DE SAÚDE (SP)	(11) 6097-5225	Dr. Marco Aurélio de Campos
AMESP (SP)	(11) 3085-6055	Prof. Joamel Bruno de Mello
ASSIM (RJ)	(21) 509-8059	Dr. José Gilson da Conceição Nadais
GRUPO SAÚDE ABC (SP)	(11) 4433-2662	Sra. Ana Maria de Oliveira Santos
SIM (SP)	(11) 5524-4191	Sr. Sidney Giamarusti
PROMÉDICA (BA)	(71) 203-4400	Dr. Jorge Valente Filho
STA. CASA MIS. B. HORIZONTE (MG)	(31) 3238-8745	Sra. Regina Torres
SEISA SERV. INTEG. DE SAÚDE LTDA SP	(11) 6463-6000	Dr. Valentim Margarido Fernandes
SEMIC - RJ	(21) 2286-8000	Dr. Flávio Heleno P. de Figueiredo
SANTA HELENA ASSIST. MÉDICA (SP)	(11) 4121-3411	Dr. José Miguel Bergamo Ruggiero
CLINIHAUER (PR)	(41) 342-2001	Dr. Joelson Z. Samsonowski
SOBAM (SP)	(11) 7396-6655	Dr. Vitorio Rochi
HAP VIDA (CE)	(85) 255-9090	Dr. Cândido Pinheiro de Lima
SANTA AMÁLIA SAÚDE (SP)	(11) 3272-0375	Sr. Cláudio Oliveira Munhoz
PARANÁ CLÍNICAS (PR)	(41) 340-3000	Dr. Arthur Leal Neto

Fonte: www.abramge.com.br.Acesso em: 25 de mar. 2003.

Anexo 2 : Tabelas da RDC 77

Tabela A - Valor do Fator K

SEGMENTO	REGIÃO DE ATUAÇÃO					
	1	2	3	4	5	6
Medicina de Grupo/Filantropias - ST	100,00%	74,19%	48,39%	25,81%	18,06%	10,32%
Cooperativa Médica - ST	87,10%	61,29%	37,10%	18,06%	12,65%	7,23%
Medicina de Grupo/Filantropias - SSS	74,39%	49,19%	27,58%	12,65%	8,85%	5,06%
Cooperativa Médica - SSS	64,52%	46,77%	29,03%	12,90%	8,82%	4,74%
Autogestão não Patrocinada	61,69%	38,39%	20,11%	8,85%	6,20%	3,54%
Medicina de Grupo/Filantropias - SSP	54,04%	29,25%	19,35%	7,10%	5,00%	2,90%
Cooperativa Médica - SSP	45,81%	22,58%	15,35%	6,68%	4,76%	2,84%
Medicina de Grupo/Filantropias - SPS	34,19%	20,97%	14,52%	6,26%	4,35%	2,45%
Cooperativa Médica - SPS	32,58%	19,74%	12,89%	5,85%	3,98%	2,10%
Medicina de Grupo/Filantropias - SPP e SPP/SUS	20,16%	14,31%	8,37%	4,98%	3,37%	1,77%
Cooperativa Médica - SPP e SPP/SUS	17,24%	11,34%	6,67%	4,37%	2,92%	1,47%
Odontologia de Grupo - SOT	3,23%	2,58%	1,94%	0,48%	0,41%	0,34%
Cooperativa Odontológica - SOT	2,58%	2,43%	1,79%	0,45%	0,35%	0,25%
Odontologia de Grupo - SOM	2,40%	2,03%	1,48%	0,39%	0,30%	0,20%
Cooperativa Odontológica - SOM	2,35%	1,90%	1,21%	0,34%	0,26%	0,19%
Odontologia de Grupo - SOP	2,31%	1,76%	0,94%	0,29%	0,23%	0,18%
Cooperativa Odontológica - SOP	2,03%	1,35%	0,61%	0,23%	0,20%	0,16%
Administradora	2,00%	1,30%	0,50%	0,20%	0,18%	0,15%
Capital Base > R\$ 3.100.000,00						

Tabela B - Valor do Fator Y

SEGMENTO	REGIÃO DE ATUAÇÃO					
	1	2	3	4	5	6
Medicina de Grupo/Filantropias - ST	73,09%	73,03%	72,97%	72,90%	72,87%	72,84%
Cooperativa Médica - ST	72,78%	72,72%	72,66%	72,59%	72,56%	72,53%
Medicina de Grupo/Filantropias - SSS	72,47%	72,41%	72,35%	72,28%	72,25%	72,22%
Cooperativa Médica - SSS	72,16%	72,10%	72,03%	71,97%	71,94%	71,91%
Autogestão não Patrocinada	71,85%	71,79%	71,72%	71,66%	71,63%	71,60%
Medicina de Grupo/Filantropias - SSP	71,60%	71,47%	71,34%	71,22%	71,15%	71,09%
Cooperativa Médica - SSP	70,83%	70,78%	70,73%	70,68%	70,66%	70,63%
Medicina de Grupo/Filantropias - SPS	70,58%	70,53%	70,48%	70,44%	70,41%	70,39%
Cooperativa Médica - SPS	70,34%	70,29%	70,24%	70,19%	70,16%	70,14%
Medicina de Grupo/Filantropias - SPP e SPP/SUS	70,04%	69,94%	69,84%	69,74%	69,69%	69,64%
Cooperativa Médica - SPP e SPP/SUS	69,54%	69,44%	69,34%	69,24%	69,19%	69,14%
Odontologia de Grupo - SOT	69,04%	68,94%	68,84%	68,74%	68,69%	68,64%
Cooperativa Odontológica - SOT	68,54%	68,44%	68,34%	68,24%	68,19%	68,14%
Odontologia de Grupo - SOM	68,04%	67,94%	67,84%	67,74%	67,69%	67,64%
Cooperativa Odontológica - SOM	67,54%	67,48%	67,43%	67,37%	67,34%	67,32%
Odontologia de Grupo - SOP	67,26%	67,20%	67,15%	67,09%	67,06%	67,04%
Cooperativa Odontológica - SOP	66,98%	66,92%	66,87%	66,81%	66,76%	66,70%

Tabela C - Valor do Fator W

SEGMENTO	REGIÃO DE ATUAÇÃO					
	1	2	3	4	5	6
Medicina de Grupo/Filantropias - ST	1,110	1,120	1,000	1,130	1,145	1,160
Cooperativa Médica - ST	1,316	1,324	1,386	1,360	1,358	1,355
Medicina de Grupo/Filantropias - SSS	1,215	1,223	1,000	1,410	1,400	1,390
Cooperativa Médica - SSS	1,459	1,467	1,529	1,504	1,502	1,499
Autogestão não Patrocinada	1,000	1,020	1,210	1,200	1,250	1,250
Medicina de Grupo/Filantropias - SSP	1,072	1,080	1,142	1,130	1,115	1,100
Cooperativa Médica - SSP	1,410	1,380	1,350	1,320	1,305	1,290
Medicina de Grupo/Filantropias - SPS	1,716	1,742	1,821	1,771	1,752	1,733
Cooperativa Médica - SPS	1,853	1,842	1,858	1,830	1,821	1,813
Medicina de Grupo/Filantropias - SPP e SPP/SUS	2,360	2,404	2,500	2,412	2,389	2,365
Cooperativa Médica - SPP e SPP/SUS	2,296	2,304	2,366	2,340	2,338	2,335
Odontologia de Grupo - SOT	1,100	1,120	1,050	1,030	1,035	1,040
Cooperativa Odontológica - SOT	1,025	1,033	1,095	1,069	1,067	1,064
Odontologia de Grupo - SOM	1,485	1,493	1,555	1,530	1,528	1,525
Cooperativa Odontológica - SOM	1,475	1,483	1,545	1,519	1,517	1,514
Odontologia de Grupo - SOP	1,135	1,143	1,105	1,080	1,078	1,075
Cooperativa Odontológica - SOP	1,025	1,033	1,200	1,030	1,000	1,000

Fonte: RDC Nº 77, 17/07/01

Anexo 3: Balanço Patrimonial da Empresa 1

BALANÇO PATRIMONIAL DA EMPRESA 1 ENCERRADO EM 2001 E 2002					
ATIVO	2002	2001	PASSIVO	2002	2001
CIRCULANTE	10.145.151	9.839.986	PROVISÕES TÉCNICAS	1.996.107	-
Disponível	1.805.156	421.717	Provisão de Risco	1.996.107	-
REALIZÁVEL	8.339.995	9.418.269	CIRCULANTE	14.476.198	13.677.518
Aplicações Financeiras	-	39.275	Eventos a Liquidar	5.000.293	3.109.157
Títulos de Renda Fixa	-	39.275	Eventos a Liquidar Op. Assist Saúde	1.815.190	3.109.157
Créd. De Op. C/Planos Assist Saúde	4.795.196	2.835.739	Prov. Eventos Ocorridos e Não Avis.	3.185.103	-
Contraprestações Pec. A Receber	4.795.196	2.835.739	Débitos de Op. Assist. a Saúde	130.163	23.650
Outros Valores e Bens	3.544.799	6.543.255	Comercialização s/ Op. Assit a saúd	130.163	23.650
REALIZÁVEL A LONGO PRAZO	1.031.832	550.880	Débitos Diversos	9.345.742	10.544.711
Aplicações	39.415	9.415	PATRIMÔNIO LÍQUIDO	22.983.815	20.926.255
Outros Créditos a Receber	992.417	541.465	Capital Social	22.750.401	22.750.401
PERMANENTE	28.279.137	24.212.907	Reservas	9.415	9.415
Investimentos	26.119.465	23.365.684	Lucros ou Prejuízos Acumulados	223.999	-1.833.561
Part. Soc. - Rede Hosp. Própria	13.417.237	10.361.511			
Outros Investimentos	12.702.228	13.004.173			
Imobilizado	1.692.636	847.223			
Bens Móveis	2.656.806	1.375.710			
Outras Imobilizações	32.476	32.476			
(-) Depreciações e Amortizações	-996.646	-560.963			
Diferido	467.036				
TOTAL DO ATIVO	39.456.120	34.603.773	TOTAL DO PASSIVO	39.456.120	34.603.773

Fonte: Folha de São Paulo, 30/04/03

Anexo 4: Balanço Patrimonial da Empresa 2

BALANÇO PATRIMONIAL DA EMPRESA 2 ENCERRADO EM 2002 E 2001					
ATIVO	2.002	2.001	PASSIVO	2.002	2.001
CIRCULANTE	18.880	9.947	PROVISÕES TÉCNICAS	3.456	1.152
Disponível	36	23	Provisão Téc. Oper. Assist. Saúde	3.456	1.152
REALIZÁVEL			CIRCULANTE	81.865	84.847
Aplicações Financeiras	1.018	-	Provisões Téc. Comprom. Oper A.Sa.	46.646	50.521
Títulos de Renda Fixa		-	Financiamentos de Fornecedores	13.312	12.191
Créd. De Op. C/Planos Assist Saúde	6.473	6.030	Demais Despesas Assistenciais	33.334	33.376
Contraprestações Pec. A Receber	22.828	22.378	Prov. Sinistros incorridos e não apres		4.954
Outros Crédito Operacionais	7		Débitos Diversos	35.219	34.326
(-) Faturamento Antecipado	(12.617)	(11.773)	Empréstimos e Financ. Bancários	28.500	26.672
(-) Provisão para Dev. Duvidosos	(3.745)	(4.575)	Salários a Pagar	353	449
Despesas de Comercialização Dif.	8.637	1.603	Provisões Empregaticias	485	590
Outros Valores e Bens	2.716	2.291	Contrib. Sociais a Recolher	883	954
Estoques	21	1	Contas a Pagar	2.608	3.262
Adiantamento a Fornecedores	400	23	Adiantamento de Clientes	2.390	2.399
Impostos a Compensar	1.079	2.007	EXIGÍVEL A LONGO PRAZO	7.448	19.998
Outros Valores a Receber	647	81	Empréstimos e Financ. Bancários	2.824	4.397
Despesas Antecipadas	569	179	Financiamentos de Fornecedores	2.094	12.192
REALIZÁVEL A LONGO PRAZO	49.541	46.585	Mútuos com Empresas Coligadas		955
Aplicações	2.040	2.649	Prov. Contingências Judiciais e Trab.	2.530	2.454
Outros Créditos a Receber	47.501	43.936	PATRIMÔNIO LÍQUIDO	20.737	12.384
Créditos Tributários	47.307	42.898	Capital Social	21.565	18.647
Mútuo com Empresas Ligadas	82	989	Reserva de Capital		3.688
Depósitos Judiciais	106	49	Reserva de Reavaliação	22.243	22.139
Outros Créditos	6		Lucros ou Prejuízos Acumulados	(23.071)	(32.090)
PERMANENTE	45.085	61.849			
Investimentos	33.109	46.645			
Part. Soc. - Rede Hosp. Própria	33.109	43.611			
Outros Investimentos		3.034			
Imobilizado	1.546	1.806			
Outros Imóveis de uso Próprio	750	750			
Bens Móveis	1.165	1.172			
Outras Imobilizações	1.690	1.680			
(-) Depreciações e Amortizações	(2.059)	(1.796)			
Diferido	10.430	13.398			
Diferido	13.518	13.518			
(-) Amortização Acumulada	(3.088)	(120)			
TOTAL DO ATIVO	113.506	118.381	TOTAL DO PASSIVO	113.506	118.381

Fonte: D.O.E. 25/04/2003 p. 49

Anexo 5: Balanço Patrimonial da Empresa 3

BALANÇO PATRIMONIAL DA EMPRESA 3 ENCERRADO EM 2002 E 2001					
ATIVO	2.002	2.001	PASSIVO	2.002	2.001
CIRCULANTE	3.956.077	274.516	PROVISÕES TÉCNICAS	429.836	
Disponível	2.267.612	1.853.953			
Aplicações	901.424	469.531	CIRCULANTE	3.226.567	2.443.808
Títulos de Renda Variável	901.424	469.531	Provisões Téc. Comp. Oper A.S.	2.329.167	1.611.872
			Consulta e Hon. Médicos	784.830	702.869
			Exames e Terapias	155.860	190.218
Créd. Op. c/planos A. Saúde	730.061	209.850	Demais Despesas Assist.	1.388.477	718.785
Contraprest. Pec. Receber	730.061	209.850			
			Débitos Diversos	897.400	831.936
Outros Valores e Bens	56.980	211.782			
			EXIGÍVEL A LONGO PRAZO	4.000	
REALIZÁVEL A LONGO PRAZO	43.816	2.139.685	PATRIMÔNIO LÍQUIDO	7.656.759	7.583.997
Dividendos a Receber		2.055.300	Capital Social	1.137.000	1.137.000
Outros Valores		84.385			
Aplicações	43.816		Reservas	521.053	304.190
PERMANENTE	7.317.269	5.143.004	Lucros Acumulados	5.998.706	6.142.807
Investimentos	4.797.692	3.022.970			
Imobilizado Líquido	2.159.806	2.052.612			
Diferido	359.771	67.422			
TOTAL DO ATIVO	11.317.162	10.027.805	TOTAL DO PASSIVO	11.317.162	10.027.805

Fonte: Gazeta Mercantil, 01/05/2003 p. 13

Anexo 6: Balanço Patrimonial da Empresa 4

BALANÇO PATRIMONIAL DA EMPRESA 4 ENCERRADO EM 2002 E 2001					
ATIVO	2.002	2.001	PASSIVO	2.002	2.001
CIRCULANTE	35.906	27.173	PROVISÕES TÉCNICAS	2.772	
Disponível	1.733	2.137	CIRCULANTE	59.639	54.736
Aplicações			Provisões Téc. Comp. Oper A.S.		
Títulos de Renda Fixa	8	8	Eventos a liquidar	18.709	16.697
Créd. Op. c/planos A. Saúde	24.869	14.941	Débitos Oper. Assist. Saúde	438	435
Contraprest. Pec. Receber	9.315	9.981	Contraprestação a restituir	26	12
Taxa Admin. Planos a Receber	620	239	Comercialização Oper. A. Saúde	410	423
Outros Créditos Operacionais	16.344	5.731	Outros Débitos Operacionais	2	-
(-) Provisão Dev. Duvidosos	(1.410)	(1.010)	Débitos Diversos	40.492	37.604
Outros Valores e Bens	9.296	10.087	Fornecedores	3.226	
Contas Receber Venda Imóvel	75	1.169	Importações a pagar	2.132	
Estoques	766	848	Empréstimos e Financiamentos	17.786	
Imóveis Dest. a venda	3.825	4.134	Contas a pagar	1.778	
Outras contas a receber	721	804	Salários e Hon. Méd. a pagar	3.516	
Antecipação Impostos	3.617	1.055	Provisão para férias	6.150	
Despesas Diferidas	292	2.077	Impostos e Contr. a recolher	5.904	
REALIZÁVEL A LONGO PRAZO	3.698	5.874	EXIGÍVEL A LONGO PRAZO	23.676	24.381
Contas Receber venda imóvel	9	63	Importações a pagar	1.262	2.017
Depósito judiciais e outros	2.120	2.100	Empréstimos e Financiamentos	17.956	13.644
Despesas diferidas	195	390	Provisão para contingências	2.415	6.464
Créditos tributários diferidos	1.374	3.321	IR e Contr. Social Diferidos	1.983	2.256
PERMANENTE	62.352	62.544	Outras	60	
Investimentos			PATRIMÔNIO LÍQUIDO	16.757	16.474
Outros Investimentos	888		Capital Social	13.404	17.444
Imobilizado	60.508	58.771	Reserva de Reavaliação	4.027	4.581
Imob. uso próprio hospitalares	51.823	47.197	Reserva Legal		360
Outros imóveis uso próprio	14	14	Prejuízos Acumulados	(574)	(5.911)
Bens móveis	20.309	19.598			
Outras imobilizações	4.123	4.123			
(-) Deprec. Acumuladas	(15.761)	(12.161)			
Diferido	1.844	3.773			
Desp. Organização impl. e instal.	9.640	9.640			
(-) Amortização Acumulada	(7.796)	(5.867)			
TOTAL DO ATIVO	102.844	95.591	TOTAL DO PASSIVO	102.844	95.591

Fonte: D.O.E. São Paulo, 29/04/2003 p. 17

Anexo 7: Balanço Patrimonial da Empresa 5

BALANÇO PATRIMONIAL DA EMPRESA 5 ENCERRADO EM 2002 E 2001					
ATIVO	2.002	2.001	PASSIVO	2.002	2.001
CIRCULANTE	3.571.910	3.552.853	PROVISÕES TÉCNICAS	523.092	
Disponível	30.150	63.449			
REALIZÁVEL	3.541.760	3.489.404	CIRCULANTE	8.407.377	8.490.441
Aplicações Financeiras	490.182	700	Eventos a liquidar	1.615.006	2.451.515
			Débitos Oper. Assist. Saúde	3.556	14.388
Créd. De Op. C/Planos Assist Saúde	1.112.476	1.527.523	Débitos Diversos	6.788.814	6.024.538
Outros valores e Bens	1.939.103	1.961.181			
			EXIGÍVEL A LONGO PRAZO	1.495.259	630.883
REALIZÁVEL A LONGO PRAZO	297.830	144.184			
Aplicações		1.420	PATRIMÔNIO LÍQUIDO	3.343.717	4.789.844
Outros Créditos a Receber	297.830	142.764	Capital Social	10.395.840	10.395.840
			Reservas	60.725	854
PERMANENTE	9.899.703	10.214.132			
Investimentos	10.198	10.198	Lucros ou Prejuízos Acumulados	(7.112.848)	(5.606.850)
Imobilizado	9.886.833	10.203.933			
Outros Imóveis de uso Próprio-Hospit.	10.412.952	10.904.323			
Bens Móveis - Hospitalares	175.194	119.887			
Outras	282.457	206.608			
(-) Depreciações e Amortizações	(983.770)	(1.026.885)			
Diferido	2.673	1			
TOTAL DO ATIVO	13.769.444	13.911.168	TOTAL DO PASSIVO	13.769.444	13.911.168

Fonte: D.O.E. São Paulo, 29/04/2003 p. 60

Anexo 8: Balanço Patrimonial da Empresa 6

BALANÇO PATRIMONIAL DA EMPRESA 6 ENCERRADO EM 2002 E 2001					
ATIVO	2.002	2.001	PASSIVO	2.002	2.001
CIRCULANTE	63.505	34.627	PROVISÕES TÉCNICAS	1.835	
Disponível	3.735	1.074			
REALIZÁVEL	21.102	297	CIRCULANTE	77.251	37.544
Títulos de Renda Fixa	21.052	297	Eventos a liquidar	20.175	8.926
Títulos de Renda Variável	50		Eventos a Liquidar c/ Oper. A. S.	20.175	8.926
Créd. De Op. C/Planos Assist Saúde	26.472	22.294	Débitos de Operações Assist S.	4.888	3.075
Contraprestações Pecun. a Receber	21.598	14.781	Contraprestações a Restituir	4	6
Taxa de Adm. de Planos a Receber	1.310		Comercialização s/ Oper assist. S.		85
Outros Créditos Operacionais	3.564	7.513	Outros Débitos Operacionais	4.884	2.984
Outros Valores e Bens	12.196	10.962	Débitos Diversos	52.188	25.543
Títulos e Créditos a Receber	5.591	4.728	Obrigações com Pessoal	2.449	1.207
Impostos a Recuperar	1.608	817	Tributos/Contrib. e Enc. Soc. Rec.	18.679	9.370
Adiantamentos a Fornecedores	3.044	4.105	Provisão de Férias e Ações Trab.	4.687	2.411
Estoques	1.953	1.312	Obrigações Diversas a Pagar	10.994	6.808
			Empréstimos e Finan. a Pagar	15.379	5.747
REALIZÁVEL A LONGO PRAZO	11.921	330	EXIGÍVEL A LONGO PRAZO	8.899	1.222
Outros Créditos a Receber	11.921	330	Obrigações Tributárias a Recolher	8.899	403
Títulos e Créditos a Receber	11.212		Empréstimos e Financiamentos		819
Depósitos Judiciais	709	330			
PERMANENTE	23.698	3.949	PATRIMÔNIO LÍQUIDO	11.139	140
Investimentos	10.609		Capital Social	1.230	100
Imobilizado	6.634	2.624	Reservas	9.691	
Diferido	6.455	1.325	Lucros ou Prejuízos Acumulados	218	40
TOTAL DO ATIVO	99.124	38.906	TOTAL DO PASSIVO	99.124	38.906

Fonte: Gazeta Mercantil. São Paulo, 30/04/2003 p. 12