

Anexo I

Parâmetros para cálculo do Capital Base  
Tabela 1 - CAPITAL DE REFERÊNCIA (EM REAIS)

Capital de referência vigente na data de publicação desta RN

R\$ 8.789.791,63 (Oito milhões, setecentos e oitenta e nove mil, setecentos e noventa e um reais e sessenta e três centavos)

Tabela 2 - VALOR DO FATOR "K" (%)

Segmento	Região de Comercialização					
	1	2	3	4	5	6
Seguradoras Especializadas em Saúde	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
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	61,69	38,39	20,11	8,85	6,20	3,54
Medicina de Grupo/ Filantropias -SSP	50,04	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/Filantropia - 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	17,24	11,34	6,67	4,37	2,92	1,47

Para efeito de classificação, as operadoras deverão observar sua região de comercialização e o disposto na Resolução específica sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, e alterações posteriores, a saber:

- . Região 1: em todo o território nacional ou em grupo 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 ou de Brasília;
- . Região 5: em grupo de municípios, excetuando os definidos na Região 4; e
- . Região 6: em um único município, excetuando os definidos na Região 4.

OBS. 1: Para fins de aplicação deste Anexo, considera-se região de comercialização as localidades onde as autogestões disponibilizam e as demais operadoras comercializam seus planos privados de assistência à saúde.

OBS. 2: Será considerada atuação estadual a operação em mais de 50% (cinquenta por cento) dos municípios de um estado.

OBS. 3: A região de comercialização da Operadora deverá abranger todos os municípios de comercialização de seus produtos, cuja informação é enviada na Nota Técnica de Registro de Produto - NTRP, por produto, conforme regulamentação específica.

OBS. 4: Cada operadora só poderá enquadrar-se em uma Região e segmento.

OBS. 5: Brasília não será considerado como estado para fins de enquadramento na Região de Comercialização.

Tabela 3 - VALOR DO FATOR K (%)

Região de Comercialização					
1	2	3	4	5	6
2,00	1,30	0,50	0,20	0,18	0,15

Aplicável às administradoras de benefícios que possuam autorização de funcionamento ou que tenham protocolado requerimento de registro na ANS até 12 de março de 2020.

Anexo II

Escalonamentos mínimos para Margem de Solvência (MS)

1. As autogestões que, até 3 de julho de 2007, eram dispensadas da constituição das garantias financeiras próprias por estarem classificadas na modalidade de autogestão patrocinada junto à ANS, conforme normas vigentes à época, poderão observar a constituição da margem de solvência de acordo com as seguintes parcelas mínimas:

- I - Em março de 2020: proporção mínima de 75/120 (setenta e cinco e cento e vinte avos) da margem de solvência, apurada conforme Seção II do Capítulo II desta RN; e
- II - Entre abril de 2020 e dezembro de 2023: a proporção mínima apurada no mês anterior deverá ser acrescida de 1/120 (um cento e vinte avos), a cada mês, da margem de solvência, apurada conforme Seção II do Capítulo II desta RN.

2. As autogestões não enquadradas na especificação do item 1 deste Anexo, as operadoras de planos de saúde dos segmentos primário, secundário, próprio e misto que iniciaram suas operações antes de 3 de julho de 2007 e aquelas do segmento terciário que iniciaram suas operações antes de 19 de julho de 2001 poderão observar a constituição da margem de solvência de acordo com as seguintes parcelas mínimas:

- I - Em março de 2020: 79,745% (setenta e nove vírgula setecentos e quarenta e cinco por cento) do valor da MS;
- II - Entre abril de 2020 e dezembro de 2022: proporção cumulativa mínima mensal de 0,615% (zero vírgula seiscentos e quinze por cento) do valor da MS, em adição ao estabelecido no item I acima; e
- III - A partir de dezembro de 2022: 100% do valor da MS.

3. Até 31 de dezembro de 2022, a margem de solvência para as seguradoras especializadas em saúde que iniciaram suas atividades antes de 22 de dezembro de 2009, poderão observar a seguinte formulação:

MS= MÁXIMO ( (A+50%\*(B-A)); X\*B)

MS: Margem de Solvência

A: Margem de Solvência equivalente ao maior montante entre os seguintes valores:

- I - 0,20 (zero vírgula vinte) vezes a média anual dos últimos trinta e seis meses da soma de: de 100% (cem por cento) das contraprestações/prêmios líquidos na modalidade de preço pré-estabelecido, e de 50% (cinquenta por cento) das contraprestações líquidas na modalidade de preço pós-estabelecido; ou
- II - 0,33 (zero vírgula trinta e três) vezes a média anual dos últimos sessenta meses da soma de: 100% (cem por cento) dos eventos/sinistros indenizáveis líquidos na modalidade de preço pré-estabelecido, e de 50% (cinquenta por cento) dos eventos indenizáveis líquidos na modalidade de preço pós-estabelecido.

B: Margem de Solvência equivalente ao montante calculado conforme Seção II do Capítulo II desta RN;

X: Parcela mínima a ser observada apenas para as seguradoras especializadas em saúde, que iniciaram suas atividades antes de 22 de dezembro de 2009. Tal parcela deverá obedecer no mínimo os seguintes valores:

- I - Em março de 2020: 79,745% (setenta e nove vírgula setecentos e quarenta e cinco por cento);
- II - Entre abril de 2020 e novembro de 2022: deverá ser observada a proporção cumulativa mínima mensal de 0,615% (zero vírgula seiscentos e quinze por cento); e
- III - A partir de dezembro de 2022: 100% (cem por cento).

Anexo III

Apuração do Capital Baseado em Risco

1. O capital de risco para as operadoras referente aos riscos de subscrição, de

crédito, legal e operacional será constituído de acordo com a fórmula a seguir::

$$CBR = \sqrt{CRS^2 + CRC^2 + CRS \times CRC + CRO}$$

Na qual:

- . CBR: é o capital baseado nos riscos de subscrição, de crédito, legal e operacional;
- . CRS: é o capital baseado no risco de subscrição, calculado conforme o Anexo IV; e
- . CRC: é o capital baseado no risco de crédito, calculado conforme o Anexo V; e
- . CRO: é o capital baseado no risco operacional, incluindo o risco legal, calculado conforme o Anexo VI.

Anexo IV

Modelo padrão de capital baseado no risco de subscrição

1. O capital baseado no risco de subscrição não se aplica às administradoras de benefícios e a contratos de planos de saúde na modalidade de preço pós-estabelecido.

2. O capital baseado no risco de subscrição é composto pelas parcelas: (i) capital baseado no risco de precificação e (ii) capital baseado no risco de provisionamento.

2.1 No cálculo do capital baseado no risco de subscrição, devem ser consideradas as operações de corresponsabilidade pela gestão dos riscos decorrentes do atendimento dos beneficiários de que trata a RN específica sobre operações de compartilhamento da gestão de riscos envolvendo operadoras de plano de assistência à saúde , referentes a contratos de beneficiários em planos em pré-pagamento, da seguinte forma:

- a. Das contraprestações emitidas devem ser deduzidas apenas as corresponsabilidades cedidas com remuneração acordada em preço pré-estabelecido;

- b. Os valores absolutos das corresponsabilidades cedidas com remuneração acordada em preço pós-estabelecido e os eventos indenizáveis líquidos de beneficiários de outras operadoras cuja remuneração foi acordada em preço pré-estabelecido devem ser somados aos eventos indenizáveis líquidos de beneficiários da operadora com contratos de planos de saúde na modalidade de preço pré-estabelecido;

- c. As corresponsabilidades assumidas com remuneração acordada em preço pré-estabelecido deverão ser consideradas como um tipo de contratação.

2.2. No cálculo do capital baseado no risco de subscrição, devem ser consideradas as operações de seguro e resseguro que tenham como objeto o reembolso total ou parcial de despesas assistenciais da seguinte forma:

- a. Os prêmios de seguros e resseguros líquidos pagos, nos últimos doze meses, a seguradoras e/ou resseguradoras devem ser deduzidos das contraprestações emitidas;
- b. Os sinistros de seguros e resseguros recuperados, nos últimos doze meses, de seguradoras e resseguradoras devem ser deduzidos dos eventos indenizáveis líquidos.

2.3. O capital baseado no risco de provisionamento subdivide-se em parcelas referentes a: (i) risco de provisionamento associado à provisão de eventos ocorridos e não avisados (PEONA); (ii) risco associado à provisão de remissão (risco de remissão) e (iii) risco associado à provisão de eventos e sinistros a liquidar do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (PESL-SUS).

3. Para o cálculo do risco de precificação, as variáveis relacionadas aos planos privados de assistência à saúde devem ser segmentadas de acordo com o tipo de contratação (individual, coletivo por adesão ou coletivo empresarial ou corresponsabilidade assumida em preço pré-estabelecido) e por segmentação assistencial (médico-hospitalar ou exclusivamente odontológico).

4. A fórmula para cálculo do risco de precificação é:

$$CRSPRe_n = \sqrt{(C_{c,i} \times \beta_{c,i,a})' \times (C_{c,i} \times \beta_{c,i,a})}$$

Na qual:  
CRSPre<sub>a</sub> é o capital baseado no risco de precificação, conforme o tipo do fator;  
C<sub>c,l</sub> é o total de contraprestações nos últimos doze meses, calculada considerando-se o disposto nos itens 2.1 e 2.2 deste anexo, na segmentação assistencial "c" no tipo de contratação "l", organizado sob a forma de vetor;  
B<sub>c,l,a</sub> é o fator associado à segmentação assistencial "c", tipo de contratação "l" e ao tipo do fator (padrão ou reduzido);  
c é o índice associado ao tipo de segmentação assistencial, podendo indicar planos médico-hospitalares e odontológicos;  
l é o índice associado ao tipo de contratação, podendo indicar planos contratados individualmente, planos coletivos empresariais ou planos coletivos por adesão e corresponsabilidade assumida em preço pré-estabelecido;  
4.1. Os valores dos fatores (B) associados a cada segmentação assistencial, tipo de contratação e tipo de fator são:

Tabela 1 - Fatores - Risco de Precificação			
Segmentação Assistencial	Tipo de contratação	Fator Padrão	Fator Reduzido
Médico-Hospitalar	Individual	0,043	0,033
Médico-Hospitalar	Coletivo por adesão	0,082	0,062
Médico-Hospitalar	Coletivo empresarial	0,114	0,087
Médico-Hospitalar	Corresponsabilidade assumida em preço pré-estabelecido	0,114	0,087
Odontológico	Individual	0,043	0,033
Odontológico	Coletivo por adesão	0,082	0,062
Odontológico	Coletivo empresarial	0,114	0,087
Odontológico	Corresponsabilidade assumida em preço pré-estabelecido	0,114	0,087

5. Para o cálculo do capital baseado no risco de provisionamento associado à PEONA, a operadora deve considerar a segmentação assistencial dos planos que oferta (médico-hospitalar, odontológico ou misto, quando oferta planos médico-hospitalares e odontológicos).

6. A partir do volume de eventos (EV) em cada segmentação assistencial nos últimos doze meses, calculados considerando-se o disposto nos itens 2.1 e 2.2 deste anexo, a operadora deve calcular o seu fator de risco de provisionamento associado à PEONA (k) dado pela seguinte fórmula:

$$k = \sqrt{\zeta_1^2 \kappa_{1,a}^2 + \zeta_2^2 \kappa_{2,a}^2 + 0,00 \zeta_1 \kappa_{1,a} \zeta_2 \kappa_{2,a}}$$

Na qual:

K<sub>1</sub> é o fator de risco de provisionamento associado à segmentação médico-hospitalar e ao tipo do fator (padrão ou reduzido);

K<sub>3</sub> é o fator de risco de provisionamento associado à segmentação odontológica e ao tipo do fator (padrão ou reduzido);

$$\zeta_1 = \frac{EV_1}{EV_1 + EV_2}, se \zeta_1 = 0 \rightarrow \kappa = \kappa_3;$$
$$\zeta_3 = \frac{EV_3}{EV_3 + EV_5}, se \zeta_3 = 0 \rightarrow \kappa = \kappa_1;$$

EV<sub>1</sub> é o total de eventos médico-hospitalar nos últimos doze meses, calculados considerando-se o disposto nos itens 2.1 e 2.2 deste anexo;

EV<sub>3</sub> é o total de eventos odontológicos nos últimos doze meses, calculado considerando-se o disposto nos itens 2.1 e 2.2 deste anexo.

6.1 Os fatores associados a cada segmentação assistencial e o tipo de fator são os seguintes:

Tabela 2 - Fatores - Risco de Provisionamento associado à PEONA		
Segmentação Assistencial	Fator Padrão	Fator Reduzido
Médico-Hospitalar	0,007	0,005
Odontológico	0,007	0,005

7. O capital baseado no risco de provisionamento associado à PEONA é obtido por meio da seguinte fórmula:

$$CRSPro_a = Eventos \times \kappa$$

Na qual:

CRSPro<sub>a</sub> é o capital baseado no risco de provisionamento associado à PEONA, considerando o fator a ser utilizado (padrão ou reduzido);

Eventos é o total de eventos/sinistros médicos-hospitalares e odontológicos da operadora, nos últimos doze meses, calculado considerando-se o disposto nos itens 2.1 e 2.2 deste anexo;

k é o fator de risco de provisionamento associado à PEONA da operadora, calculado conforme o item 6, para o tipo de fator a ser utilizado pela operadora (padrão ou reduzido).

8. Se a operadora de plano de saúde assumir responsabilidade pela cobertura de remissão, deve contabilizar o capital associado a essa provisão. Devem ser considerados separadamente os contratos com cláusula de remissão temporária e contratos com cláusula de remissão vitalícia. Devem também ser considerados separadamente os valores referentes a beneficiários em gozo da remissão.

9. A fórmula para o cálculo do capital associado ao risco de remissão, quando não há beneficiários remidos, é:

$$CRS Ra = fa_l \times C_l + fa_v \times C_v$$

Na qual:

CRSRa é o capital baseado no risco de remissão da operadora referente a contratos sem beneficiários remidos para o tipo de fator (padrão ou reduzido);

fa<sub>l</sub> é o fator (padrão ou reduzido, a depender da operadora) de risco para contratos com remissão temporária;

fa<sub>v</sub> é o fator (padrão ou reduzido, a depender da operadora) de risco para contratos com remissão vitalícia;

C<sub>l</sub> é a soma das contraprestações, nos últimos doze meses, dos beneficiários da remissão dos contratos com remissão temporária;

C<sub>v</sub> é a soma das contraprestações, nos últimos doze meses, dos beneficiários da remissão dos contratos com remissão vitalícia;

9.1. Os fatores (fa) para o cálculo do risco de provisionamento associado à remissão, quando não há beneficiários remidos, são:

Tabela 3 - Fatores - Risco de Provisionamento associado à Remissão		
	Fator Padrão	Fator Reduzido
Remissão temporária (prazo certo)	0,029	0,021
Remissão vitalícia	0,081	0,061

10. A fórmula para o cálculo do risco de remissão, quando há beneficiários remidos, é:

$$CRSRm = fm_l \times Ed_l + fm_v \times Ed_v$$

Na qual:

CRSm é o capital baseado no risco de remissão da operadora referente a contratos com beneficiários remidos considerando o tipo de fator (padrão ou reduzido);

fm<sub>l</sub> é o fator (padrão ou reduzido, a depender da operadora) de risco para contratos com remissão temporária;

Ed<sub>l</sub> é a soma dos valores das expectativas de despesa de assistência à saúde dos beneficiários remidos de contratos com remissão temporária, nos próximos doze meses;

fm<sub>v</sub> é o fator (padrão ou reduzido, a depender da operadora) de risco para contratos com remissão vitalícia;

Ed<sub>v</sub> é a soma dos valores das expectativas de despesa de assistência à saúde dos beneficiários remidos de contratos com remissão vitalícia, nos próximos doze meses.

10.1. A expectativa de despesa assistencial deve ser compatível com aquela utilizada para cálculo da provisão técnica.

10.2. Os fatores (fm<sub>v</sub>) para o cálculo do risco de provisionamento associado à remissão, quando há beneficiários remidos, são:

Tabela 4 - Fatores - Risco de Provisionamento associado aos beneficiários remidos		
	Fator Padrão	Fator Reduzido
Remissão temporária (prazo certo)	0,133	0,101
Remissão vitalícia	0,269	0,205

11. A operadora que utiliza a fórmula padrão do risco de subscrição para o cálculo de seu capital regulatório deve enviar periodicamente, nas mesmas datas de envio do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Plano de Assistência à Saúde DIOPS/ANS, os dados utilizados para cálculo do capital baseado no risco de provisionamento associado à provisão de remissão, quais sejam:

a. Soma das contraprestações dos últimos doze meses dos beneficiários da remissão, não remidos, em contratos com remissão temporária;

b. Soma das contraprestações dos últimos doze meses dos beneficiários da remissão, não remidos, em contratos com remissão vitalícia;

c. Soma dos valores das expectativas de despesa de assistência à saúde de dos beneficiários remidos, em contratos com remissão temporária, nos próximos doze meses;

d. Soma dos valores das expectativas de despesa de assistência à saúde de dos beneficiários remidos, em contratos com remissão vitalícia, nos próximos doze meses.

12. A fórmula para cálculo do capital baseado no risco de provisionamento associado à PESL-SUS é:

$$CRSSUS_a = Z_{1-\alpha} \sqrt{\%hc(1 - \%hc)ABI}$$

Na qual:

CRSSUS<sub>a</sub> é o capital baseado no risco de provisionamento da PESL-SUS

considerando o tipo de fator a ser utilizado pela operadora (padrão ou reduzido);

Z<sub>1-α</sub> é igual a 2,58 se a operadora utilizar os fatores padrão e é 1,96 se a

operadora puder utilizar os fatores reduzidos;

%hc é o percentual histórico de cobrança, como definido na Instrução

Normativa nº 25, de 29 de abril de 2002, que dispõe sobre a contabilização dos montantes devidos de Ressarcimento ao SUS no Plano de Contas Padrão da ANS;

ABI é o valor total dos avisos de beneficiários identificados notificados e

ainda sem emissão das respectivas guias de recolhimento da União - GRUs pela ANS para a operadora.

13. O capital do risco de subscrição é dado pela fórmula:

$$CRS = \sqrt{CRSPre^2 + 0,64 (CRSPre)(CRSPro + CRSSUS) + (CRSPro + CRSSUS)^2 + (CRSla + CRSbm)^2}$$

Na qual:  
CRS é o capital baseado no risco de subscrição;  
CRSPre é o capital baseado no risco de precificação calculado conforme este anexo;  
CRSPro é o capital baseado no risco de provisionamento associado à PEONA, calculado conforme este anexo;  
CRSRa é o capital baseado no risco de remissão da operadora, referente a contratos sem beneficiários remidos calculado conforme este anexo;  
CRSRm é o capital baseado no risco de remissão da operadora, referente a contratos com beneficiários remidos calculado conforme este anexo;  
CRSSUS é o capital baseado no risco de provisionamento da PESL-SUS, calculado conforme este anexo.

Anexo V

Modelo padrão de capital baseado no risco de crédito  
1. O capital do risco de crédito se aplica a todas as operadoras de plano de assistência à saúde e administradoras de benefícios reguladas pela ANS, exceto as operadoras excluídas conforme parágrafo único do art. 1º desta RN.  
2. O capital do risco de crédito é composto por duas parcelas e é dado pela fórmula:

$$CRC = \sqrt{CRC_1^2 + CRC_2^2 + 1,5 \times CRC_1 \times CRC_2}$$

Na qual:  
- CRC é o capital baseado no risco de crédito;  
- CRC<sub>1</sub> é o capital baseado no risco de crédito referente à parcela 1, calculado conforme este Anexo; e  
- CRC<sub>2</sub> é o capital baseado no risco de crédito referente à parcela 2, calculado conforme este Anexo.  
3. Os valores das exposições ao risco de crédito definidas neste Anexo serão equivalentes aos valores contabilizados líquidos de qualquer dedução prevista (por exemplo, redução de valor recuperável), calculados segundo critérios estabelecidos pela ANS no Plano de Contas Padrão da ANS e eventuais orientações complementares fornecidas pela DIOPE.

3.1. Caso possua estudo técnico de recuperabilidade apresentado à DIOPE na forma do item 10.2.3.5 do Capítulo I do Anexo da Resolução Normativa nº 528, de 2022, tal metodologia deve ser utilizada para apuração das exposições ao risco de crédito tratadas neste Anexo.

Modelo padrão de capital baseado no risco de crédito - Parcela 1  
4. A parcela 1 do capital de risco de crédito refere-se ao risco de crédito das exposições identificadas neste anexo segregado em duas subparcelas:  
(i) parcela 1.1 - operações que tenham como contrapartes outras operadoras de plano de assistência à saúde (entre as quais compartilhamento de gestão de riscos, por exemplo); e  
(ii) parcela 1.2 - operações de seguro e resseguro.  
5. A parcela 1.1 do capital de risco de crédito será calculada utilizando-se a seguinte fórmula:

$$CRC_{1,ops} = \sqrt{\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n (f_i \times exp_i) \times \rho_{i,j} \times (f_j \times exp_j)}$$

Onde:  
- CRC<sub>1,ops</sub>: capital de risco de crédito referente à parcela 1.1;  
- f<sub>i</sub>: fator de risco correspondente à contraparte "i";  
- exp<sub>i</sub>: valor da exposição ao risco de crédito da contraparte "i";  
- ρ<sub>i,j</sub>: coeficiente de correlação entre as exposições às contrapartes "i" e "j", sendo p<sub>ij</sub> = 0,75 para todo i Gj, e p<sub>ij</sub> = 1 para i = j;  
- contraparte "i" ou "j": cada operadora dos créditos objeto de análise de risco; e  
- n: número total de contrapartes.

5.1. As operadoras deverão utilizar um fator de risco para cada contraparte, obtido em função do grau de risco da contraparte, no item 7 deste Anexo.  
6. No cálculo do capital baseado no risco de crédito relativo à parcela 1.1, o valor da exposição ao risco de crédito tendo como contraparte outra operadora de plano de assistência à saúde será definido segundo a fórmula abaixo:

$$exp_i = \max(0; EC_i - ED_i)$$

Na qual:  
- exp<sub>i</sub>: é a exposição líquida com a operadora "i";  
- EC<sub>i</sub>: é o valor total de exposição credora com a operadora "i"; e  
- ED<sub>i</sub>: é o valor total de exposição devedora com a operadora "i".  
6.1. Pode ser desconsiderado o total das exposições credoras com contrapartes contempladas na parcela 1.1 caracterizado como imaterial. Considera-se imaterial, para fins do presente item, o montante de exposições com contrapartes, que em conjunto, no total, representem menos de 1% do total das exposições da parcela 1.1.  
7. Os valores dos fatores de risco (f<sub>i</sub>) obtidos em função do grau de risco da contraparte e nível de confiança, são:

Tabela 1 - Fatores - Risco da Parcela 1.1	
Grau de risco	Fator Padrão
1	2.23%
2	23.73%
3	65.85%

7.1. O grau de risco da contraparte, definido conforme tabela abaixo, é calculado por meio do índice de capital regulatório definido para cada operadora "i" por:

$$ICR_i = \frac{PLA_i}{CR_i}$$

Na qual:  
- ICR<sub>i</sub>: é o índice de capital regulatório de dada operadora "i";  
- PLA<sub>i</sub>: é o valor do patrimônio líquido ajustado da operadora credora "i";  
e  
- CR<sub>i</sub>: é o valor de capital regulatório requerido da operadora credora "i".

Tabela 2 - Grau de Risco da contraparte	
Grau de risco	ICR <sub>i</sub>
1	> 100%
2	> 90%
3	≤ 90%

7.2. O grau de risco de cada operadora de plano de assistência à saúde que atua no setor de saúde suplementar será calculado e divulgado anualmente pela DIOPE até o último dia útil do mês de abril na seção "Espaço das Operadoras" do sítio institucional da ANS - <https://www.gov.br/ans/pt-br>. Para a mensuração serão utilizadas as informações econômico-financeiras apresentadas até a data-base referente ao último trimestre do ano anterior ao da divulgação.

7.3. No procedimento de cálculo da parcela 1.1, deverá ser utilizado o grau de risco da operadora com a qual se possui a exposição definido na listagem referenciada no subitem 7.2.

7.4. Caso a operadora não possua o grau de risco divulgado para a data estabelecida no subitem 7.2, deverá ser adotado o grau de risco mais agravado, isto é, grau de risco 3.

7.4.1. Excetuam-se as operadoras que obtiveram registro na ANS após a data-base utilizada na definição da listagem divulgada pela DIOPE e autogestões classificadas nas modalidades de autogestão por departamento de recursos humanos ou de autogestão com mantenedor cujos riscos são integralmente garantidos pelo mantenedor; situação em que a operadora deverá ser considerada com grau de risco 1.

7.5. A DIOPE poderá atualizar o grau de risco de uma operadora ao longo do ano nas seguintes situações:

7.5.1. Erro de informações fornecidas à ANS e/ou ressalvas de auditoria independente identificados após divulgação da lista de definição dos graus de risco;

7.5.2. Variação significativa dos indicadores econômico-financeiros ao longo do ano subsequente de cálculo; e

7.5.3. A partir de ações de supervisão direta ou indireta tomadas pelo regulador que evidenciem a partir de análises econômico-financeiras a necessidade de readequação em diferente grau de risco.

7.6. Nos casos de compartilhamento da gestão de risco, a operadora de plano de assistência à saúde deverá adotar grau de risco mais gravoso caso tenha conhecimento de que o grau de risco divulgado pela ANS não reflete adequadamente a situação econômico-financeira da operadora cedente, de modo a atuar prudencialmente na gestão desse risco

8. A parcela 1.2 do capital de risco de crédito será calculada utilizando-se a seguinte fórmula:

$$CRC_{1,seg} = 1,93\% \times exp_{seg}$$

Na qual:  
- CRC<sub>1,seg</sub>: cálculo do risco de crédito referente à parcela 1.2; e  
- exp<sub>seg</sub>: o total de exposição com seguradores e resseguradores.

As exposições com seguradoras especializadas em saúde (SES) consideradas na parcela 1.1 não devem ser consideradas nessa parcela.

9. O capital do risco de crédito referente à parcela 1 é dado pela fórmula:

$$CRC_1 = \sqrt{CRC_{1,ops}^2 + CRC_{1,seg}^2 + 1,5CRC_{1,ops} \times CRC_{1,seg}}$$

Na qual:  
- CRC<sub>1,ops</sub> : capital de risco de crédito referente à parcela 1.1, calculado conforme este Anexo; e  
- CRC<sub>1,seg</sub> : cálculo do risco de crédito referente à parcela 1.2, calculado conforme este Anexo.

Modelo padrão de capital baseado no risco de crédito - Parcela 2  
10. A parcela 2 do capital de risco de crédito refere-se ao risco de crédito das exposições em operações em que as contrapartes não sejam operadoras de plano de assistência à saúde, seguradoras ou resseguradoras, ou seja, aquelas já tratadas na parcela 1 deste Anexo.

11. A parcela 2 do capital de risco de crédito será calculada utilizando-se a seguinte fórmula:

$$CRC_2 = 0,08 \times \sum_{i=1}^n FPR_i \times exp_i$$



Na qual: - CRC <sub>2</sub> : é o capital baseado no risco de crédito referente à parcela 2; - FPR <sub>i</sub> : é o fator de ponderação de risco referente à exposição "i"; - exp <sub>i</sub> : é o valor da exposição ao risco de crédito dos valores, aplicações, créditos, títulos ou direitos "i" registrados pela supervisionada; e - n: é o total de diferentes exposições conforme segregado na tabela do item 12 deste Anexo. 12. Deverá ser aplicado fator de ponderação de risco definido na tabela abaixo para os tipos de exposição correspondentes.	
EXPOSIÇÃO AO RISCO DE CRÉDITO ( <i>exp<sub>i</sub></i> )	<i>FPR<sub>i</sub></i>
12.1.1 - aplicações em títulos públicos federais; 12.1.2 - exposições relativas a ativos excluídos do PLA; 12.1.3 - aplicações em ações; 12.1.4 - aplicações em ouro; 12.1.5 - demais exposições não mencionadas expressamente neste Anexo.	0%
12.2.1 - ativos classificados com disponível no ativo circulante (incluindo depósitos bancários, valores em trânsito e investimentos classificados como equivalentes de caixa, excluídos aqueles cujo fator de ponderação de risco é inferior a 20% (vinte por cento); 12.2.2 - depósitos judiciais e fiscais.	20%
12.3.1 - aplicações em certificados ou recibos de depósito bancário (CDB ou RDB).	43%
12.4.1 - aplicações em derivativos decorrentes de operações que não sejam liquidadas em sistemas de liquidação de câmaras de compensação e de liquidação autorizadas pelo Banco Central do Brasil, interpondo-se à câmara como contraparte central, nos termos da legislação vigente.	50%
12.5.1 - aplicações em títulos privados de renda fixa que não sejam certificados ou recibos de depósito bancário (CDB ou RDB).	62%
12.6.1 - contraprestações a receber de cobertura assistencial com preço preestabelecido; 12.6.2 - créditos de operações de administração de benefícios.	75%
12.7.1 - aplicações em títulos públicos de renda fixa não federais; 12.7.2 - aplicações em quotas de fundos de investimento que não se enquadrem nos subitens 12.9.1 e 12.9.2; 12.7.3 - aplicações em títulos de renda variável não classificados como ações, derivativos e ouro;	100%
12.7.4 - aplicações não enquadradas como títulos de renda fixa, títulos de renda variável ou quotas de fundos de investimento; 12.7.5 - valores a receber referente a contraprestações de cobertura assistencial com preço pós-estabelecido;	
12.7.6 - valores a receber de participação dos beneficiários em eventos/sinistros indenizados; 12.7.7 - outros créditos de operações com planos privados de assistência à saúde;	
12.7.8 - créditos de operações de assistência à saúde não relacionados com planos privados de assistência à saúde da operadora; 12.7.9 - créditos referentes a adiantamentos; 12.7.10 - valores de empréstimos e depósitos compulsórios; 12.7.11 - conta-corrente com cooperados;	
12.7.12 - outros créditos operacionais; 12.7.13 - créditos tributários de diferenças temporárias; 12.7.14 - outros títulos e créditos a receber não listados expressamente.	
12.8.1 - créditos tributários e previdenciários.	300%
12.9.1 - aplicações em quotas de fundos de investimento não dedicados ao setor de saúde suplementar definidos conforme a RN específica de aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e limites de alocação e de concentração na aplicação dos ativos garantidores das operadoras no âmbito do sistema de saúde suplementar, para as operadoras que optem pelo previsto no item 13 deste Anexo;	Definidos conforme item 13 deste Anexo.
12.9.2 - aplicações em quotas de investimento dedicados ao setor de saúde suplementar definidos conforme a RN específica de aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e limites de alocação e de concentração na aplicação dos ativos garantidores das operadoras no âmbito do sistema de saúde suplementar, que informarem o FPR calculado à ANS no trimestre de cálculo, no âmbito do convênio firmado.	

13. Para as aplicações em quotas de fundos de investimento é facultada a aplicação de fator de ponderação de risco equivalente à média dos FPRs aplicáveis às operações integrantes da carteira dos fundos, como se fossem realizadas pelas instituições aplicadoras, ponderados pela participação relativa de cada operação no valor total da carteira.

13.1. A operadora que optar por utilizar essa faculdade deverá apresentar à ANS, trimestralmente, em quadro auxiliar do DIOPS, o valor total investido em fundos de investimento e o FPR médio calculado para o último dia útil do trimestre, excetuando-se deste cálculo o total investido em fundos de investimento dedicados ao setor de saúde suplementar definidos conforme a Resolução Normativa específica de aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e limites de alocação e de concentração na aplicação dos ativos garantidores das operadoras no âmbito do sistema de saúde suplementar , e que possuam FPR divulgado no sítio institucional da ANS -<https://www.gov.br/ans/pt-br> - para a data-base de cálculo.

13.2. O FPR calculado no trimestre deverá ser utilizado, para fins de cálculo mensal da exposição ao risco de crédito de fundos, pelas operadoras para os dois meses subsequentes ao trimestre de apuração.

13.3. Nas datas-base referentes ao envio do DIOPS, os cálculos trimestrais do FPR deverão ser objeto de procedimento previamente acordado (PPA) elaborado por empresa de auditoria contábil independente registrada na Comissão de Valores Mobiliários (CVM), devendo o relatório resultante ser encaminhado à ANS por meio do DIOPS.

13.3.1. No procedimento de auditoria do FPR deverá ser verificado minimamente:

a. Para cada fundo de investimento em que a operadora aplique seus recursos, checagem do total do valor investido utilizado no cálculo com os respectivos saldos informados pelos gestores de fundos;

b. Checagem do total dos valores investidos em fundo de investimento, conforme definido no item (a), com o total informado nas respectivas contas contábeis de ativos definidas pelo plano de contas padrão da ANS e respectivos saldos informados no DIOPS para a mesma data-base;

c. Cálculo da exposição proporcional em cada fundo, considerando a participação relativa de cada operação no valor total da carteira;

d. Cálculo do FPR médio para cada fundo de investimento, considerando a exposição proporcional aferida no item (c) e os valores de FPR apresentados no item 13.

e. Cálculo do FPR médio ponderado total, considerando o valor total investido em cada fundo, conforme aferido no item (a), e o respectivo FPR médio de cada fundo, conforme calculado no item (d).

f. Caso o fundo de investimento invista em cotas de outros fundos de investimento e a operadora opte por calcular o valor do FPR para estes fundos, os procedimentos de verificação do cálculo do FPR deverão ser realizados para cada fundo com investimento indireto que a operadora opte por calcular o valor de FPR diferente de 100%.

13.4. Excetua-se a necessidade de auditoria para as exposições aos fundos de investimento dedicados ao setor de saúde suplementar definidos conforme a RN específica de aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e limites de alocação e de concentração na aplicação dos ativos garantidores das operadoras no âmbito do sistema de saúde suplementar, e que informarem o FPR calculado à ANS no trimestre de cálculo, no âmbito do convênio firmado. Para esses fundos o cálculo do risco de crédito será feito diretamente com o FPR e o total de exposição informado pelo gestor do fundo.

13.5. A ausência da informação do FPR calculado pelo gestor do fundo de investimento dedicado ao setor suplementar definidos conforme a RN específica de aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e limites de alocação e de concentração na aplicação dos ativos garantidores das operadoras no âmbito do sistema de saúde suplementar implicará a necessidade de cálculo pela operadora caso opte pela faculdade prevista neste item 13.

13.6. Os valores de FPR referentes às exposições aos fundos de investimento dedicados ao setor de saúde suplementar serão divulgados tempestivamente pela ANS em seu sítio institucional - [www.gov.br/ans/pt-br](http://www.gov.br/ans/pt-br) - na seção "Espaço da Operadora".

13.7. A operadora que optar pela faculdade prevista neste item 13 deverá aplicar em substituição aos valores de FPR indicados nos subitens 12.3.1 e 12.5.1 os seguintes fatores de ponderação de risco para as exposições em investimentos em títulos de renda fixa privados contidos nos fundos de investimentos:

EXPOSIÇÃO AO RISCO DE CRÉDITO ( <i>exp<sub>i</sub></i> )	<i>FPR<sub>i</sub></i>
13.7.1.1 - aplicações em títulos privados de renda fixa emitidos por instituições financeiras, com prazo de vencimento em até três meses; 13.7.1.2 - valores aplicados em Depósitos a Prazo com Garantia Especial do Fundo Garantidor de Créditos (DPGE) garantidos pelo Fundo Garantidor de Créditos (FGC) ou com prazo de vencimento em até três meses.	20%
13.7.2.1 - aplicações em títulos privados de renda fixa emitidos por instituições financeiras, com prazo de vencimento superior a três meses; 13.7.2.2 - valores aplicados em DPGE não garantidos pelo FGC e com prazo de vencimento superior a três meses.	50%
13.7.3.1 - aplicações em títulos privados de renda fixa que não sejam emitidos por instituições financeiras.	100%

13.8. Aplicam-se os fatores detalhados no subitem 13.7 no cálculo realizado pelos gestores dos fundos de investimento dedicados ao setor de saúde suplementar definidos conforme a RN específica de aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e limites de alocação e de concentração na aplicação dos ativos garantidores das operadoras no âmbito do sistema de saúde suplementar, para fins da apuração a ser informada à ANS, conforme definido no subitem 13.4.

Anexo VI	Sendo:
Modelo padrão de capital baseado no risco operacional, incluindo o risco legal	<div><div><math display="block">Op_{pre} = \text{máximo} \left( Op_{contrap_{pre}}, Op_{propre} \right)</math><math display="block">Op_{pda,ans} = \text{máximo} \left( Op_{pre_{pda,ans}}, Op_{propre} \right)</math></div></div>
1. O capital referente ao risco operacional, incluindo o risco legal, aplica-se a todas as operadoras de plano de assistência à saúde e administradoras de benefícios, exceto as operadoras excluídas conforme parágrafo único do art. 1º desta RN.	Na qual: CBR <sub>outros</sub> é o montante de capital baseado em risco calculado conforme anexo III, não considerando somente o capital baseado no risco operacional (incluindo o risco legal) e, se aplicável, considerando o uso de fatores reduzidos conforme Art. 8º desta Resolução Normativa; CBR <sub>outros(liq CRS)</sub> é o montante de capital baseado em risco calculado conforme anexo III, contudo, considerando apenas o risco de mercado quando este for regulado segundo previsão nesta resolução normativa; Op <sub>contrap<sub>pre</sub></sub> é a parcela do capital para o risco operacional (incluindo o legal) mensurada com base nas receitas de contraprestações e prêmios emitidos referentes a contratos de planos de saúde na modalidade de preço preestabelecido, calculada conforme item 3 deste Anexo;
Modelo padrão para todas as operadoras, excetuando-se as Administradoras de Benefícios	Op <sub>Rec<sub>ass</sub></sub> é a parcela do capital para o risco operacional (incluindo o legal) mensurada com base nas receitas de assistência médico-hospitalar e odontológica e de contraprestações e prêmios emitidos referentes a contratos de planos de saúde na modalidade de preço pós estabelecido, calculada conforme item 4 deste Anexo; e
2. O capital do risco operacional, incluindo o risco legal, de todas as operadoras, excetuando-se as administradoras de benefícios e as demais operadoras excluídas conforme parágrafo único do art. 1º desta RN, é definido por:	

$$CRO = \text{mínimo} \left( 0,3 \times CBR_{outros}; Op_{pre} \right) + \text{mínimo} \left( 0,92 \times CBR_{outros} \text{ (liq CRS)}; Op_{pda,ans} \right)$$

Opprov<sub>pre</sub> e Opprov<sub>pos</sub> são as parcelas do capital para o risco operacional (incluindo o legal) mensuradas com base nas provisões técnicas respectivamente referente a contratos de planos de saúde na modalidade de preço preestabelecido e na modalidade de preço pós-estabelecido, calculadas conforme item 5 deste Anexo.

3. A parcela do capital para o risco operacional (incluindo o legal) mensurada com base nas receitas de contraprestações e prêmios emitidos referentes a contratos de planos de saúde na modalidade de preço preestabelecido (Opcontrap<sub>pré</sub>) é definida por:

*Opcontrap pré* = 0,03 x *Contrap pré*  
+ máximo (0; 0,03 x (*Contrap pré* – 1,32 x *pContrap pré*))

Onde:

Contrap<sub>pré</sub> são os totais de contraprestações e prêmios de assistência à saúde emitidos referentes a contratos de planos de saúde na modalidade de preço preestabelecido dos últimos 12 meses, a partir da data-base de cálculo; e

pContrap<sub>pré</sub> são os totais de contraprestações e prêmios de assistência à saúde emitidos referentes a contratos de planos de saúde na modalidade de preço preestabelecido dos 12 meses imediatamente anteriores aos últimos 12 meses, a partir da data-base de cálculo.

3.1. Os montantes de contraprestações e prêmios emitidos são brutos de repasses (compartilhamento de riscos, resseguros ou outros mecanismos).

3.2. Incluem-se nos saldos de receitas de contraprestações e prêmios os saldos das empresas incorporadas, fusionadas ou cujas parcelas cindidas foram incorporadas em casos de fusões (artigo 228 da Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976), incorporações (artigo 227 da Lei nº 6.404, de 1976) ou incorporações de parcelas cindidas (artigo 229 da Lei nº 6.404, de 1976).

4. A parcela do capital para o risco operacional (incluindo o legal) mensurada com base nas receitas de assistência médico-hospitalar e odontológica e de contraprestações e prêmios emitidos referentes a contratos de planos de saúde na modalidade de preço pós estabelecido (OpRec<sub>pós.ass</sub>) é definida por:

*OpRec pós.ass* = 0,03 x *Rec pós.ass*  
+ máximo (0; 0,03 x (*Rec pós.ass* – 1,32 x *pRec pós.ass*))

Onde:

Rec<sub>pós.ass</sub> são os totais de receitas de assistência médico-hospitalar e odontológica e de contraprestações de assistência à saúde emitidos referentes a contratos de planos de saúde na modalidade de preço pós-estabelecido dos últimos 12 meses, a partir da data-base de cálculo; e

pRec<sub>pós.ass</sub> são os totais de receitas de assistência médico-hospitalar e odontológica e de contraprestações de assistência à saúde emitidos referentes a contratos de planos de saúde na modalidade de preço pós-estabelecido dos 12 meses imediatamente anteriores aos últimos 12 meses, a partir da data-base de cálculo.

4.1. Os montantes de contraprestações e prêmios emitidos são brutos de repasses (compartilhamento de riscos, resseguros ou outros mecanismos).

4.2. Incluem-se nos saldos de receitas de assistência médico-hospitalar e odontológica e contraprestações e prêmios os saldos das empresas incorporadas, fusionadas ou cujas parcelas cindidas foram incorporadas em casos de fusões (artigo 228 da Lei nº 6.404, de 1976), incorporações (artigo 227 da Lei nº 6.404, de 1976) ou incorporações de parcelas cindidas (artigo 229 da Lei nº 6.404, de 1976).

4.3. A partir de 1º de janeiro de 2022, aos totais de receitas de contraprestações de assistência à saúde emitidos referentes a contratos de planos de saúde na modalidade de preço pós-estabelecido deverá ser acrescido o valor absoluto das contas de recuperação por reembolso do contratante do total eventos/sinistros conhecidos ou avisados

5. As parcelas de capital para o risco operacional mensuradas com base nas provisões técnicas respectivamente referente a contratos de planos de saúde na modalidade de preço preestabelecido e na modalidade de preço pós-estabelecido ( Opprov<sub>pré</sub> e Opprov<sub>pós</sub>) são definidas por:

*Opprov pré* = 0,157 x *Prov pré*

*Opprov pós* = 0,157 x *Prov pós*

Onde:

Prov<sub>pré</sub> e Prov<sub>pós</sub> são os totais de provisões técnicas, excluindo-se outras provisões técnicas, respectivamente referentes a contratos de planos de saúde na modalidade de preço preestabelecido e na modalidade de preço pós-estabelecido, mensuradas na data-base de cálculo.

Modelo padrão para as Administradoras de Benefícios

6. O capital do risco operacional, incluindo o risco legal, das Administradoras de benefícios é definido por:

*CRO* = mínimo(0,92 x *CBR<sub>outras</sub>*; *Opadm*)

Sendo:

*Opadm* = 0,03 x *Rec<sub>adm</sub>*  
+ máximo(0; 0,03 x (*Rec<sub>adm</sub>* – 1,32 x *pRec<sub>adm</sub>*))

Onde:

Rec<sub>adm</sub> é o total de receitas com administração de benefícios dos últimos 12 meses, a partir da data-base de cálculo; e

pRec<sub>adm</sub> é o total de receitas com administração de benefícios dos 12 meses imediatamente anteriores aos últimos 12 meses, a partir da data-base de cálculo.

6.1. Incluem-se nos saldos de receitas com administração de benefícios os saldos das empresas incorporadas, fusionadas ou cujas parcelas cindidas foram incorporadas em casos de processos de fusões (artigo 228 da Lei nº 6.404, de 1976), incorporações (artigo 227 da Lei nº 6.404, de 1976) ou incorporações de parcelas cindidas (artigo 229 da Lei nº 6.404, de 1976).

## Anexo VII

Termo de compromisso para adoção antecipada de modelo padrão de capital baseado em riscos

Eu, <nome do representante junto à ANS ou representante legal da operadora >, <e-mail institucional>, inscrito no CPF sob o nº <11 dígitos>, <cargo na operadora>, da operadora <Nome>, registrada sob o nº <6 dígitos> na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, informo que a administração da operadora optou pela adoção antecipada do modelo padrão de capital baseado em riscos na apuração do seu capital regulatório, conforme definido na RN que dispõe sobre os critérios para definição do capital regulatório das operadoras de plano de assistência à saúde , e assumo, na qualidade de representante da operadora, os seguintes compromissos:

I - COMPROMETO-ME, para os devidos fins, a encaminhar trimestralmente, no prazo de envio do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - DIOPS/ANS, pelo meio que a ANS determinar, todos os dados não detalhados no plano de contas padrão da ANS que sejam necessários para o cálculo do montante de capital baseado em riscos, definido com a utilização do modelo padrão de capital baseado em riscos estabelecido pela ANS, em especial, os que seguem:

- Para o cálculo do capital de risco referente ao risco de subscrição:
  - Soma das contraprestações dos últimos doze meses dos beneficiários da remissão, não remidos, em contratos com remissão temporária;
  - Soma das contraprestações dos últimos doze meses dos beneficiários da remissão, não remidos, em contratos com remissão vitalícia;
  - Soma dos valores das expectativas de despesa de assistência à saúde dos beneficiários remidos, em contratos com remissão temporária, nos doze meses subsequentes; e
  - Soma dos valores das expectativas de despesa de assistência à saúde dos beneficiários remidos, em contratos com remissão vitalícia, nos doze meses subsequentes.
- Para o cálculo do capital de risco referente ao risco de crédito:
  - Decomposição dos saldos de créditos e débitos com outras operadoras, informando detalhadamente:
    - Código da Operadora Credora/Devedora;
    - Valor dos créditos com a Operadora Credora; e
    - Valor dos débitos com a Operadora Devedora.
  - Caso a operadora opte pela faculdade prevista no item 13 do Anexo V, o valor total investido em fundos de investimentos e o FPR médio, excetuando-se deste cálculo o total investido em fundos de investimento dedicados ao setor suplementar definidos conforme a RN - específica sobre a aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e limites de alocação e de concentração na aplicação dos ativos garantidores das operadoras no âmbito do sistema de saúde suplementar que possuam FPR divulgado no sítio institucional da ANS - [www.gov.br/ans/pt-br](http://www.gov.br/ans/pt-br) - para a data-base de cálculo.
  - Caso a operadora opte pela faculdade prevista no item 13 do Anexo V, em complemento aos valores detalhados no item (2) será encaminhado relatório de auditoria resultante do procedimento, conforme detalhado no item 13.3 do Anexo V.

II - DECLARO que todas as informações a serem enviadas serão fidedignas e consistentes com os demonstrativos contábeis da operadora e das informações encaminhadas à ANS por meio do DIOPS/ANS e das expectativas de despesa assistencial utilizadas para cálculo da provisão para remissão.

III - COMPROMETO-ME a enviar à ANS, a qualquer tempo, os dados listados no item I do presente Termo, na forma e nos prazos determinados pela ANS, bem como a manter controles gerenciais e recursos internos necessários à disponibilização das informações atualizadas.

IV - DECLARO estar ciente de que o descumprimento de quaisquer cláusulas do presente Termo implicará na desconsideração do modelo padrão do capital baseado em riscos para fins de apuração do capital regulatório, nos termos da RN específica sobre os critérios para definição do capital regulatório das operadoras de plano de assistência à saúde

Local e data:

Assinatura do representante junto à ANS ou responsável legal da operadora.