



PROCESSO Nº: 33910.000081/2017-91

**NOTA TÉCNICA Nº 2/2017/GEHAE/GGAME/DIOPE/ANS**

INTERESSADO: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS

Trata-se de nota de exposição de motivos para retomada das discussões do tema “compartilhamento de riscos e rede” na ANS.

O tema é de suma importância, haja vista que os riscos financeiros que uma operadora de planos de saúde deve cobrir podem comprometer a sua solvência e, portanto, mecanismos que possam minimizar a exposição a tais riscos, contribuem para a continuidade da assistência à saúde prestada aos beneficiários. Não por acaso, o assunto foi destacado pela ANS na sua Agenda Regulatória 2013/2014[1] e voltou a ser incluído na Agenda Regulatória 2016/2018.

**TRANSFERÊNCIA E COMPARTILHAMENTO DE RISCO**

Conforme IBGC[2], a transferência e/ou o compartilhamento de riscos apresentam-se como possíveis estratégias de tratamento dos riscos corporativos a que uma empresa está sujeita, consistindo em atividades que visam reduzir o impacto e/ou a probabilidade de ocorrência dos eventos que podem trazer perdas a uma empresa.

Uma das formas mais ilustrativas de transferir riscos na sociedade é por meio da contratação de seguros, a partir da qual uma pessoa jurídica ou física busca uma seguradora que aceite pagar um montante financeiro ao contratante segurado no caso de ocorrência de um fato adverso previsto contratualmente. Em outras palavras, o contratante de um seguro busca mitigar os efeitos financeiros adversos de um evento transferindo ou compartilhando com a seguradora o ônus financeiro da sua ocorrência, mediante o pagamento de um montante financeiro predeterminado (prêmio).

Importante notar que esta estratégia não elimina o risco, pois não impede a ocorrência do evento adverso, consistindo, portanto, em uma forma de lidar com os efeitos financeiros avindos da ocorrência deste evento.

Não por acaso, o setor securitário é um dos setores no qual encontramos uma das maiores referências sobre o tema de transferência e compartilhamento de riscos, dentre os quais cabe destacar o Decreto Lei nº 73, de 1966, que integra as operações de seguros, os institutos do resseguro e cosseguro (formas mais conhecidas de transferir ou compartilhar risco entre seguradoras); e a Lei Complementar nº 126, de 2007 a qual define nos incisos II e III, do seu art. 4º:

“Art. 4º .....

II - *co-seguro: operação de seguro em que 2 (duas) ou mais sociedades seguradoras, com anuência do segurado, distribuem entre si, percentualmente, os riscos de determinada apólice, sem solidariedade entre elas;*

III - *resseguro: operação de transferência de riscos de uma cedente para um ressegurador (...)* [GRIFO NOSSO]

Sem que sejam necessárias maiores análises técnico-jurídicas é possível vislumbrar muitas semelhanças entre as operações de seguro e de planos de saúde (tais como o mutualismo e o estabelecimento de cobrança de valores pré-fixados pelas operadoras para custeio da assistência à saúde, etc), porém, o arcabouço regulatório iniciado com a Lei nº 9.656, de 1998, possui diversos dispositivos que impedem a aplicação direta dos conceitos securitários aos planos de saúde, especialmente pela ausência de limite financeiro de cobertura dos planos, e outras características elencadas no seu art. 1º:

“Art. 1º .....

I - *Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;*

(...)

§ 1º *Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:*

1. *custeio de despesas;*
2. *oferecimento de rede credenciada ou referenciada;*
3. *reembolso de despesas;*
4. *mecanismos de regulação;*
5. *qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e*
6. *vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.”* [GRIFOS NOSSOS]

Enfim, ainda que a estrutura técnica do custeio e financiamento dos serviços de saúde possa ser semelhante, é inegável que os elementos acima transcritos diferenciam as operações de seguros de planos privados de saúde. Isso porque além da garantia de financiamento dos serviços contratados, também é prevista a garantia de acesso à assistência à saúde por meio de rede própria, credenciada ou referenciada.

Cabe destacar ainda outro fato diferenciador crucial entre o ambiente regulatório securitário e da saúde suplementar no Brasil: a utilização dos mecanismos de transferência de risco nas sociedades seguradoras é condição obrigatória para assunção de riscos acima de sua capacidade, independentemente da estratégia de gestão de riscos escolhidas pelas seguradoras.

Já no ambiente regulatório da saúde suplementar, apesar de haver exigência de cobertura de riscos sem limites financeiros, não há exigência de utilização de mecanismos de transferência e/ou compartilhamento de riscos. De fato, de uma forma geral, os demais dispositivos legais aplicáveis às operadoras não tratam de aspectos relacionados a este tema, limitando-se ao art. 35-M da Lei nº 9.656, de 1998, que prevê a **possibilidade** de contratação de resseguros pelas operadoras, e mesmo assim, o acesso a tal expediente encontra-se hoje limitado às seguradoras especializadas em saúde[3].

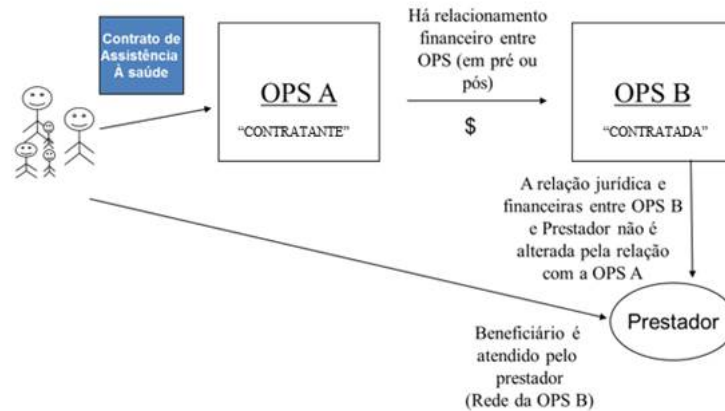
Porém, a existência de operações que consistem na transferência ou compartilhamento de riscos e/ou de rede no sistema de saúde suplementar é anterior à Lei nº 9.656, de 1998, e pode ser atribuída – smj e até por ausência de obrigatoriedade legal - à necessidade das empresas de mitigar os riscos a que estão expostos por conta das obrigações contratualmente assumidas com seus beneficiários, seja por conta da escassez de oferta de serviços de saúde médico, odontológicos e/ou hospitalares em algumas regiões do País; seja pela necessidade de pulverização dos riscos financeiros advindos dos contratos; ou mesmo como forma de viabilizar operacional e comercialmente a sua atuação em determinadas regiões.

Por outro lado, conforme já apresentado, a Lei dispôs que são atributos básicos para fins de caracterização de operação de plano a **garantia de assistência à saúde** e a **garantia de cobertura financeira dos riscos** desta assistência. Portanto, torna-se mais delicada e complexa a presente discussão, mediante a implementação de medidas que possibilitem eventuais arranjos empresariais que visem a sustentabilidade econômico-financeira e assistencial do mercado, para transferir ou compartilhar seus riscos e rede sem desconfigurar o conceito de plano de saúde disposto na Lei 9.656/98 e, sobrepassando, consequentemente, a regulação setorial.

#### OS MODELOS DE COMPARTILHAMENTO DE RISCO FINANCEIROS MAPEADOS NA AGENDA REGULATÓRIA 2013/2014

Conforme divulgado ao final dos estudos da agenda regulatória 2013/2014 foram mapeados pelo menos 2 modelos de compartilhamento de riscos existentes no setor. O primeiro envolvendo o compartilhamento de rede e financiamento dos serviços prestados e o segundo no qual a estrutura envolve apenas o compartilhamento do financiamento dos serviços de assistência à saúde pelas operadoras. Tais modelos são novamente detalhados a seguir:

##### Modelo 1: Com possibilidade de utilização de rede de uma operadora contratada



O primeiro modelo identifica-se quando uma operadora (OPS A) contrata outra operadora (OPS B) para viabilizar o atendimento de seus beneficiários em uma região que a operadora contratada já possui vínculo direto com os prestadores. Com isso, os beneficiários passam a ter acesso à rede de outra operadora (OPS B), mantendo o vínculo contratual original (com a OPS A).

Este modelo também é conhecido na regulação como “rede indireta”, mas possui diversas terminologias dependendo da modalidade em que esteja relacionada: “Intercâmbio definitivo” nas cooperativas, “Repasse” em medicinas e odontologias de grupo e “Reciprocidade” nas autogestões.

Segundo os representantes dos segmentos, tais operações são motivadas pela ausência de vínculo direto da operadora contratante com prestadores em uma determinada região ao qual há demanda de acesso dos seus beneficiários. Para viabilizar, operacional e economicamente este acesso, a operadora recorre a outra operadora que atua nesta região a fim de garantir o atendimento das coberturas contratadas. Os representantes manifestaram ainda que tal relação também pode ocorrer para viabilizar a cobertura do módulo odontológico, prevista em alguns produtos comercializados pelas cooperativas médicas e medicinas de grupo, por meio de contratação de uma operadora exclusivamente odontológica (cooperativa odontológica ou odontologia de grupo).

Quanto à forma de financiamento desta contratação, os representantes ratificaram que a relação entre as operadoras pode ocorrer por meio de preço pré ou pós estabelecido[4], exceto nas autogestões, na qual se verificam apenas operações em pós.

No caso das cooperativas médicas e odontológicas, mais do que uma estratégia comercial, esta relação decorre de uma restrição existente segundo regras do sistema de cooperativas UNIMED e UNIODONTO no qual são delimitadas as regiões de atuação comercial de cada cooperativa (denominadas cooperativas singulares). Na relação entre elas prevaleceriam as regras institucionais dos respectivos sistemas.

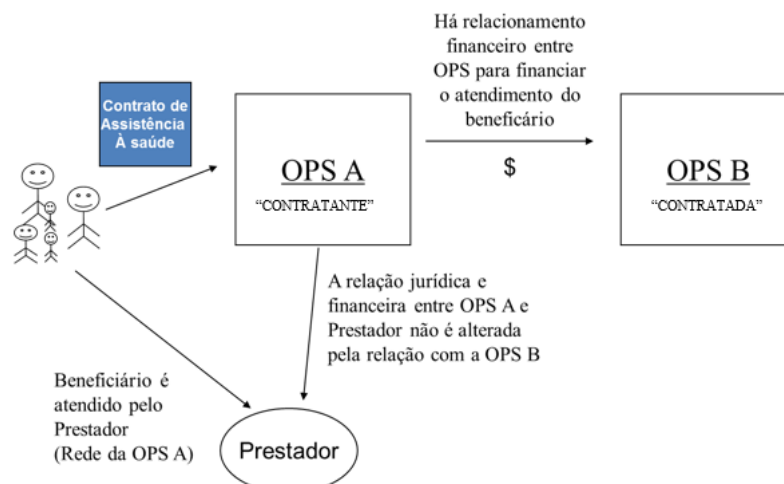
Nas autogestões, a principal questão motivadora, segundo os representantes, seria a inviabilidade econômica de contratação direta de rede de prestadores em algumas regiões. Daí a necessidade da formalização dos chamados convênios de reciprocidade. Tais convênios inclusive seriam possíveis com operadoras de outras modalidades como cooperativas médicas, por exemplo.

Nas medicinas e odontologias de grupo prevaleceriam as estratégias comerciais e operacionais das operadoras. Segundo representantes, em algumas regiões há parceria entre operadoras que são concorrentes em outras regiões, sempre formalizando as obrigações mútuas por meio de contrato entre as operadoras.

Quanto à comunicação aos beneficiários da relação entre as operadoras, com base nas afirmações dos representantes, não se identificou uma estratégia única e simplificada nas diversas modalidades que atuam no setor.

Em geral, a relação jurídica entre as operadoras nestas operações de transferência e/ou compartilhamento de riscos não afeta a relação entre a operadora contratada e sua rede de atendimento. Entretanto, os problemas financeiros enfrentados por uma das operadoras tendem a causar transtornos no atendimento aos beneficiários seja por inadimplência da operadora contratante com a operadora contratada quanto por problemas na relação direta da operadora contratada com seu prestador.

##### Modelo 2: Sem utilização de rede de uma operadora contratada



O segundo modelo mapeado foi identificado nas discussões com as cooperativas médicas, segmento no qual verifica-se o repasse financeiro entre operadoras para financiamento dos gastos dos beneficiários que usufruem dos benefícios advindos das cláusulas de remissão, previstas como coberturas adicionais dos produtos comercializados por algumas cooperativas.

Tais cláusulas consistem na isenção total das contraprestações durante um período de tempo, na ocorrência de um fato gerador previsto em contrato (geralmente a morte do beneficiário titular) mantendo-se a cobertura do plano. Algumas operadoras, visando a sustentabilidade do benefício durante o período em que tem que garantir “plano de saúde de graça” optaram por operacionalizar o financiamento por meio de outra operadora.

Geralmente o benefício é garantido financeiramente por uma outra cooperativa que, no sistema cooperativista, é organizada sob a forma de uma federação ou confederação. Esta forma de organização é específica das cooperativas e está prevista na legislação que trata do cooperativismo[5], sendo disciplinada por normas internas específicas entre as cooperativas.

A cooperativa responsável pelo financiamento dos serviços prestados (contratadas), com registro de operadora na ANS, em geral recebe valores fixos “per capita” das operadoras que comercializam os benefícios diretamente em seus planos (contratantes), e pagam ou reembolsam os gastos dos beneficiários em gozo do benefício (remidos).

Esta operação, em geral não envolve os beneficiários da operadora, pois com a manutenção do contrato entre o beneficiário e a operadora contratante, não há alteração de rede ou nos procedimentos para atendimento.

Outro aspecto importante que se verifica é que esta operação é semelhante a que seria possível em um resseguro, à medida que a recuperação financeira dos eventos não estaria conjugada com qualquer transferência de atendimento dos beneficiários que permanecem atendidos pela rede da operadora na qual possuem vínculo contratual.

A semelhança desta operação com o instituto de resseguro motivou discussão e debate técnico entre a ANS e SUSEP, gerando um impasse de interpretação entre os dois órgãos (isso porque, embora vise o custeio ou reembolso da assistência à saúde, sem limite financeiro, o fato gerador do benefício seria um risco segurável – geralmente a morte do beneficiário titular). Esta discussão foi pacificada pelo entendimento exarado pela Procuradoria da SUSEP de que esta matéria deveria ser regulada pela ANS, abrindo caminho para retomada de regulamentação dessa operação pela ANS.

Importante ressaltar que o entendimento da SUSEP quanto à competência para regulação da matéria se restringe às operações executadas entre operadoras, não repercutindo nas operações existentes (ou que vierem a existir) entre operadoras/seguradoras e operadoras/resseguradoras ou mesmo entre operadoras/entidades não reguladas.

#### **OUTRAS CONFIGURAÇÕES DE COMPARTILHAMENTOS DE RISCOS FINANCEIROS**

Apesar dos 2 modelos mapeados ao longo da Agenda Regulatória 2013/2014 serem amplos o suficiente para avaliação de boa parte das operações de compartilhamento de risco praticadas no setor, no âmbito das ações de monitoramento das operadoras efetuado pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE) foram observadas algumas operações de compartilhamento de risco financeiro que merecem aprofundamento. São programas de financiamento de despesas que, na presente nota, sinteticamente serão denominados como “fundos solidários de risco” mas possuem diversas denominações nas cooperativas tais como programas de custeio parcial de eventos ou fundos de alto custo/cobertura parcial de eventos.

#### **Fundos solidários de risco**

Algumas federações de cooperativas oferecem às suas afiliadas, de forma facultativa, a possibilidade de ressarcimento de despesas assistenciais específicas (procedimentos de alto custo, procedimentos cardíacos, etc) ou recuperação da sinistralidade a partir de um fundo constituído por todas as afiliadas que aderirem ao regulamento próprio para utilização em comum. Na prática, tais operações consistem no ressarcimento total ou parcial da despesa assistencial ou evento apurado pela singular.

A DIOPE solicitou às federações identificadas documentos e informações sobre a operacionalização de tais fundos[6] nos quais observa-se que não há alteração na relação financeira entre a operadora contratante (a cooperativa singular, no caso) e sua rede de prestadores. Assim, a operação, em linhas gerais, é semelhante ao modelo 2 de compartilhamento de riscos mapeado nos estudos anteriores.

Outra variação deste tipo de operação foi identificada entre as cooperativas do Rio Grande do Sul, porém com pagamento direto à rede pela empresa contratada pelas cooperativas, a partir dos recursos arrecadados por todas as cooperativas singulares participantes do fundo, o que nos faz concluir que pode ocorrer alteração na relação financeira entre a operadora e sua rede.

De fato, tais operações podem contribuir com a mitigação de riscos financeiros decorrentes do atendimento aos beneficiários e, consequentemente, com o fortalecimento da solvência das operadoras que contratam tais fundos, porém o arcabouço regulatório vigente não contempla qualquer disciplina sobre a configuração de tais operações o que prejudica qualquer avaliação sobre a necessidade de constituição de outras garantias financeiras e seus eventuais efeitos adversos sobre a saúde econômico-financeira das operadoras contratantes ou mesmo das operadoras contratadas (visto que as federações possuem registro junto à ANS e também possuem beneficiários).

Não se pode olvidar que a Lei nº 9.656, de 1998, possibilita a fixação de diretrizes gerais sobre a contratação de seguros garantidores ou outros instrumentos que visem a proteção dos beneficiários em caso de insolvência das operadoras[7], o que em última análise consiste na essência e importância destes fundos.

#### **Outras possibilidades de compartilhamento de riscos financeiros**

Embora não tenham sido propriamente objeto de discussão ao longo da agenda regulatória 2013/2014, outras possibilidades de compartilhamento de riscos que não envolvem entidades reguladas não foram ignoradas, em especial a possibilidade de contratação, pelas operadoras, de empresas que atuam como intermediadoras do relacionamento com a rede de prestadores.

Tal questão foi suscitada inicialmente pelos representantes de cooperativas médicas e odontológicas que afirmaram que algumas cooperativas atuam apenas como prestadores de serviços por meio de suas redes próprias (de cooperados, hospitais, clínicas etc) até por conta de sua incapacidade de atender aos requisitos regulatórios para atuarem como operadoras de planos.

Outro ponto identificado e não discutido na agenda regulatória anterior foi o tratamento a ser dado para situações em que prestadores são remunerados por operadoras por meio de “capitation”. A rigor, tal situação não deixa de configurar-se, em algum grau, como uma forma de compartilhamento de risco no setor.

De fato, as citadas possibilidades não foram analisadas com maior profundidade à época pois os estudos iniciais se limitaram ao compartilhamento de riscos entre operadoras. Porém, não se pode ignorar que tais casos possam se tornar cada vez mais comuns no país e podem se apresentar como meios viáveis para o setor face a escassa oferta de serviços de saúde e a capacidade econômico-financeira das operadoras para suportar as exigências legais vigentes, especialmente para operadoras de pequeno porte.

#### **NECESSIDADE DE REGULAÇÃO E MONITORAMENTO DAS OPERAÇÕES DE COMPARTILHAMENTO DE RISCO**

Considerando o exposto até aqui fica evidente que as operações de compartilhamento de riscos na saúde suplementar envolvem diversos aspectos e situações que não estão contempladas da regulamentação vigente. Por outro lado, constituem-se em arranjos que possuem potenciais benefícios operacionais e econômico-financeiros, na medida em que tornam viáveis o acesso e o atendimento dos beneficiários ao mesmo tempo que podem vir a contribuir com o fortalecimento da solvência do setor ao diluir os riscos financeiros envolvidos nas operações de planos de saúde.

Além disso, com o posicionamento da SUSEP quanto à inviabilidade de contratação de resseguro diretamente por operadoras de planos de saúde que não estejam caracterizadas como seguradoras especializadas em saúde, praticamente todas as operadoras do setor de saúde suplementar ficaram impossibilitadas de diluição dos seus riscos financeiros pela alternativa prevista na Lei nº 9.656, de 1998[8], criando-se ainda que inadvertidamente um tratamento diferenciado entre as diversas modalidades do setor, o que torna ainda mais necessário uma efetiva regulamentação do compartilhamento de risco entre operadoras, visto ser esse mecanismo quase que a única possibilidade eficiente de diluição de riscos financeiros disponível para essas empresas atualmente.

Diante desse cenário, é evidente também que o estabelecimento de qualquer regulamentação sobre o assunto deve ser precedida de uma análise mais profunda quanto ao impacto regulatório das medidas a serem adotadas para que não se inviabilizem operações existentes benéficas ou, pior, acrescente-se mais externalidades negativas àquelas já existentes; bem como de um processo de discussão técnica envolvendo a participação das entidades que atuam no setor e das demais diretorias da ANS.

Portanto, considerando-se que há necessidade de:

- **Definição de arcabouço regulatório para tratar dos mecanismos de compartilhamento de risco financeiro com o intuito de possibilitar arranjos entre operadoras que fortaleçam a solvência do setor e garantam a continuidade da assistência aos beneficiários em modelos de negócio mais sustentáveis;**
- **Definição de regras contábeis adequadas às operações de compartilhamento de riscos, bem como eventuais aprimoramentos da regulamentação das exigências de provisões técnicas, ativos garantidores e margem de solvência;**
- **Definição de regulação mínima para “fundos solidários de risco” e outros mecanismos que possam diluir riscos financeiros e fortalecer a solvência do setor com o intuito de preservar a continuidade do atendimento;**
- **Proporcionar mais transparência aos contratantes de operadoras de planos de saúde, sejam eles coletivos ou individuais, acerca de eventuais arranjos que impliquem compartilhamento de risco associado a esses contratantes.**

Propõe-se à Diretoria Colegiada da ANS a criação de Câmara Técnica, sob coordenação da DIOPE, com o intuito de colher subsídios e contribuições para que possa posteriormente propor regulamentação sobre o tema. Tal Câmara Técnica deverá prever, no mínimo, a participação de representantes de todas as diretorias, da Procuradoria Federal junto à ANS, das entidades representativas das modalidades que atuam no setor, além de outros convidados.

**WASHINGTON OLIVEIRA ALVES**

Gerente de Habilitação, Atuária e Estudos de Mercado

De acordo,

**BRUNO MARTINS RODRIGUES**

Gerente-Geral de Acompanhamento das Operadoras e Mercado Substituto

De acordo,

**CESAR BRENHA ROCHA SERRA**

Diretor Adjunto de Normas e Habilitação das Operadoras

De acordo, encaminhe-se à COADC para inclusão na pauta de reunião da Diretoria Colegiada e deliberação.

**LEANDRO FONSECA DA SILVA**

Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras

[1] [http://www.ans.gov.br/images/stories/A\\_ANS/Transparencia\\_Institucional/agenda\\_regulatoria/relatorio\\_final\\_agenda\\_regulatoria\\_ans\\_2013\\_2014\\_compartilhame](http://www.ans.gov.br/images/stories/A_ANS/Transparencia_Institucional/agenda_regulatoria/relatorio_final_agenda_regulatoria_ans_2013_2014_compartilhame)

[2] INSTITUTO Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC). *Guia de Orientação para Gerenciamento de Riscos Corporativos*. São Paulo: IBGC, 2007. 48p.

[3] <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/1073-resseguro-na-saude-suplementar?highlight=WvjvZXNzZWd1cm8iXQ==>

[4] Na relação de preço pré-estabelecido OPS A (contratante) paga um montante fixo à OPS B (contratada) independentemente da utilização de seus beneficiários na rede da OPS B (contratada). Já na relação de preço pós-estabelecido a OPS B (contratada) cobra de acordo com a utilização dos beneficiários da OPS A (contratante) em sua rede, adicionado de uma taxa de administração.

[5] Conforme arts. 8º e 9º da Lei nº 5.764, de 1971:

“Art. 8º As cooperativas centrais e federações de cooperativas objetivam organizar, em comum e em maior escala, os serviços econômicos e assistenciais de interesse das filiadas, integrando e orientando suas atividades, bem como facilitando a utilização recíproca dos serviços.

Parágrafo único. Para a prestação de serviços de interesse comum, é permitida a constituição de cooperativas centrais, às quais se associem outras cooperativas de objetivo e finalidades diversas.

Art. 9º As confederações de cooperativas têm por objetivo orientar e coordenar as atividades das filiadas, nos casos em que o vulto dos empreendimentos transcender o âmbito de capacidade ou conveniência de atuação das centrais e federações.”

[6] Federação RJ – “Programa de Amparo a Altos Sinistros”; Federação MG – “Fundo de Cobertura Parcial de Contas Médicas”; Unimed Nordeste Paulista – “Fundo Mútuo de Risco” e “Módulo Coração Regional”.

[7] Conforme art. 35-A da Lei nº 9.656, de 1998:

“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 diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:

(...)

e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras

(...)

Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU.”

[8] Conforme art. 35-M da Lei nº 9.656, de 1998:

“Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na [Lei no 9.932, de 20 de dezembro de 1999](http://www.ans.gov.br/leis/9932), e regulamentações posteriores.”



Documento assinado eletronicamente por **Washington Oliveira Alves, Gerente de Habilitação, Atuária e Estudos de Mercado**, em 13/01/2017, às 14:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.

Documento assinado eletronicamente por **Bruno Martins Rodrigues, Gerente-Geral de Acompanhamento das Operadoras e Mercado (substituto)**, em 13/01/2017, às 15:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Cesar Brenha Rocha Serra, Diretor(a)-Adjunto(a) da DIOPE**, em 13/01/2017, às 17:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Leandro Fonseca da Silva, Diretor(a) de Normas e Habilitação das Operadoras**, em 13/01/2017, às 17:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://www.ans.gov.br/sei/autenticidade>, informando o código verificador **0050528** e o código CRC **D6BAB41C**.