

# Capítulo I – Da Caracterização da Cooperativa

---

## 1.1- Identificação do Estagiário

Edna da Costa Silva

**Turma:** AH031U **RA:** 3120152

Administração Hospitalar

## 1.2– Identificação do Estágio

**Área:** Contabilidade Geral

**Atividades desenvolvidas:** acompanhar os fluxos das AIH's, desde seu processo introdutório dentro da Cooperativa até seu efetivo “pagamento”.

**Duração: Início** 01/03/2006 **Término** 06/10/2006

**Total de horas:** 306 horas **Total de meses:** 7 meses e 5 dias

## 1.3– Identificação da Cooperativa onde realizou o Estágio

**Nome:** Unimed Campinas Cooperativa de Trabalho Médico

**Endereço:** Av. Barão de Itapura, 1123 – Jd. Guanabara

**Cidade:** Campinas **UF:** SP **CEP** 13020-901

**CNPJ** nº 46.134.624/0001-11

**Telefone:** (019)3735-7094 **FAX:** (019) 3232-3349

**E-mail:** [pazetto@unimedcampinas.com.br](mailto:pazetto@unimedcampinas.com.br)

**Ramo de atividade:** Cooperativa Médica

**Objetivo empresarial:** proporcionar à comunidade atendimento médico de qualidade, respeitando o princípio da livre escolha e ao médico cooperado a valorização do seu trabalho, promovendo-lhes condições para o exercício de suas atividades e aprimoramento do serviço de assistência médica.

**Porte da Empresa:** grande

**Nº de empregados:** 491

**Faturamento Bruto anual:** R\$ 621.032.419,00

**Capital social:** R\$ 11.796.000,00

## 1.4– Do Conceito

Classifica-se na modalidade de Cooperativa Médica as sociedades de pessoas, com forma e natureza jurídica próprias, de natureza civil, não sujeitas à falência, constituídas para prestar serviços aos associados, distinguindo-se das demais sociedades pelas seguintes características:

- 1- Adesão voluntária, com número ilimitado de associados, salvo impossibilidade técnica de prestação de serviços;
- 2- Variabilidade do capital social, representado por quotas-partes;
- 3- Limitação do número de quotas-partes do capital para cada associado, facultado, porém, o estabelecimento de créditos de proporcionalidade, se assim for mais adequado para o cumprimento dos objetivos sociais;
- 4- Inaccessibilidade das quotas-partes do capital a terceiros estranhos à sociedade;
- 5- Singularidade de voto, podendo as cooperativas centrais, federações e confederações de cooperativas, com exceção das que exerçam atividades de crédito, optar pelo critério da proporcionalidade;
- 6- Quórum para funcionamento e deliberação da Assembléia Geral, baseado no número de associados e não no capital;
- 7- Retorno das sobras líquidas do exercício proporcionalmente às operações realizadas pelo associado, salva deliberação em contrário da Assembléia Geral;
- 8- Indivisibilidade dos fundos de reservas e de assistência técnica, educacional e social;
- 9- Neutralidade política e indiscriminação religiosa, racial e social;

10-Prestação de assistência aos associados, e quando prevista nos estatutos, aos empregados da Cooperativa;

11-Área de admissão de associados limitada às possibilidades de reunião, controle, operação e prestação de serviços.

Tem estabelecido como regime jurídico o cooperativismo, atualmente regido pela Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, objetivando operacionalizar Planos Privados de Assistência à Saúde.

## **1.5 – Do Objetivo de uma Cooperativa**

As sociedades cooperativas poderão adotar por objeto qualquer gênero de serviço, operação ou atividade, assegurando-lhes o direito exclusivo e exigindo-lhes a obrigação do uso da expressão COOPERATIVA em sua denominação, sendo vedado o uso da expressão BANCO.

A cooperativa pode ter por objetivo, qualquer tipo de serviço ou atividade, de acordo com as atividades econômicas dos associados.

## **1.6 - Da Origem**

*“O nascimento da Unimed Campinas não foi obra do acaso, mas sim a resposta a um descaso. A réplica que a classe médica deu ao seu desleixo, à incompetência e ao menosprezo das autoridades constituídas incumbidas de ordenar a viabilizar eficientemente o importantíssimo setor da assistência médica no Brasil”. Soares (2000 p.43).*

Ano de 1960, marco inicial da queda da saudosa clínica particular. A partir daí, a socialização da medicina, que caminhava lenta, ganhou força e acelerou sua expansão, com profundas alterações no trabalho médico, principalmente na suas relações com os pacientes, com a sociedade como um todo e com as autoridades

constituídas. A assistência médica atingiu limites intoleráveis. A remuneração do trabalho profissional foi tabelada e sua desvalorização uma constante.

*“Outra derrocada foi constituída pelas exigências e intransigências da cúpula da previdência. Do médico, sempre mais e mais justificativas para os seus atos, inflacionando a burocracia e às vezes limitando o seu poder decisório para conduzir tratamentos. Os hospitais também contribuíram e muito atrasando no seu pagamento por serviços prestados, que são vinculados aos mesmos.” Soares (2000 p. 40).*

O fim não poderia ser diferente: insatisfação generalizada e o fim estava próximo a chegar.

*“Entre 1964/1967, quando os institutos foram unificados pelo presidente Castelo Branco surgindo então o Instituto Nacional de Previdência Social, INPS. É inegável que essa transformação trouxe benefícios para a população carente, mas trouxe também muita obrigação mal remunerada ao profissional médico.” Soares (2000 p.16).*

Surge outro inimigo, com ares ameaçadores, uma nova modalidade de comércio, não-estatal, que recebeu o nome genérico de medicina de grupo. Preocupados com tais problemas, foi imaginada a criação de uma entidade que aglutinasse os médicos em defesa de seus interesses profissionais e que satisfizesse a todos os médicos. A entidade seria a Cooperativa.

Assim, o descaso, a ingerência e a hostilidade que sofreram acabariam constituindo em eficiente meio de cultura para gerar e alimentar ideais de libertação, cujo fruto supremo foi à criação do movimento cooperativista que aqui vingou e posteriormente se alastrou pelo país.

A primeira Unimed - Cooperativa de Assistência Médica foi criada em 18 de dezembro de 1967 na cidade de Santos e a segunda, em 17 de dezembro de 1970, era fundada a Unimed-Campinas, por 67 médicos pioneiros.

*“Desde os primeiros tempos a Unimed Campinas operava com os contratos do tipo Custo Operacional e Pré-Pagamento e o déficit rateava-se entre os cooperados. A taxa de administração mantinha-se nos toleráveis 10%; 33,5% da receita iam para os hospitais; 20% para os Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia, Exames, e 33% para a produção dos médicos. Apesar de tudo, os relatórios anuais dos primeiros tempos eram otimistas e previam que em 1974, seria possível obter um equilíbrio entre a receita e despesas, capaz de propiciar a cobertura das despesas, sem grande sacrifício dos médicos associados. Naquele tempo, éramos felizes e não sabíamos: para a população de 50 mil usuários tivemos 115 mil consultas anuais. Jamais poderíamos imaginar que 30 anos depois tivéssemos a população de usuários quase dez vezes maior e o número de consultas anuais acima de vinte vezes mais.”*  
Soares (2000 p.20).

Os médicos buscaram uma fórmula que unisse a valorização profissional e humana à justa remuneração e à responsabilidade social no exercício de suas atividades. Como resposta, idealizou um novo modelo capaz de efetivar essas premissas: o Cooperativismo de trabalho médico.

Praticamente inédito nos centros urbanos, o Cooperativismo só tinha precedentes no meio rural. Transportada à idéia, sob os olhares desconfiados de vários grupos, o Cooperativismo médico afinal implantou-se. Nascido do esforço e da dedicação daquele pequeno grupo, em pouco tempo, multiplicou-se, saindo de Santos para espalhar-se por todo o País.

## 1.7 – Da Fundação

Fundada em 17 de Dezembro de 1970, a Unimed Campinas, uma grande cooperativa médica do Brasil, foi uma das pioneiras no País. Sua história confunde-se com as origens do Cooperativismo de trabalho médico brasileiro.

Na época de sua fundação, um grande grupo empresarial de medicina, vindo de São Paulo, começou a se expandir em Campinas. Para fazer frente a esse crescimento, alguns médicos da região reuniram-se e criaram a Cooperativa Médica de Campinas. Tratava-se de um sistema muito novo, recentemente implantado na cidade de Santos, mas cuja prática já demonstrava ser eficiente.

O Cooperativismo médico permitia conciliar a liberdade de escolha de serviços, a adequação do relacionamento médico-paciente e uma remuneração condigna para o profissional.

Assim como as demais cooperativas pioneiras, a Unimed Campinas enfrentou muitos obstáculos em seu estabelecimento. De um lado, fatores externos, como a pressão de empresas de medicina de grupo, a falta de apoio governamental e o ceticismo de empresários e usuários. De outros entraves internos, como a falta de conhecimento da filosofia e da prática cooperativista entre os próprios médicos.

Ainda incipiente a Unimed Campinas logo começou a ganhar força. Campinas, por ser um importante pólo industrial do Estado, reunia muitas empresas de grande porte, constituindo-se num mercado altamente promissor.

Após intenso trabalho e empenho dos primeiros cooperados, liderados pelo Dr. Jeber Juabre, a Unimed Campinas obteve seu primeiro grande contrato com a empresa Robert Bosch do Brasil, em 1º de maio de 1972. Insatisfeita com as outras formas de assistência médica existente, a empresa decidiu apostar na qualidade do atendimento Unimed, proporcionando um grande impulso para o desenvolvimento da Unimed Campinas. Seguindo o exemplo da Bosch, outras grandes empresas da região, como a GE, a 3M, a Singer, a Johnson's, a Rhodia e o Banco Nacional,

também contrataram os serviços da Cooperativa. A partir disso, cresceu, garantindo o apoio e a credibilidade da comunidade da região.

A importância da Cooperativa, no entanto, não se restringe ao trabalho desenvolvido junto aos cooperados e usuários, ultrapassando os limites regionais do mercado em que atua. Desde suas origens a Unimed Campinas, através do Dr. Jeber Juabre, vem se destacando como foco de irradiação e de divulgação do cooperativismo médico no Estado de São Paulo e em todo o País.

Hoje, líder no mercado regional, a Unimed Campinas mantém vivos o espírito e os ideais cooperativistas que nortearam sua criação. Sempre buscando a satisfação de usuários e cooperados, procura adequar sua estrutura administrativa às mais novas necessidades.

## **1.8 - Da Formação**

O parâmetro utilizado atualmente na formação da Administração da Cooperativa foi aprovado no Estatuto disposto em Assembléia Geral Extraordinária de 18 de dezembro de 1989 havendo eleição da Diretoria Executiva a cada 4 (quatro) anos. Atualmente encontra-se organizado da seguinte maneira:

- ✓ Conselho fiscal
- ✓ Conselho de Administração
- ✓ Diretor Presidente
- ✓ Conselho Técnico
- ✓ Assessoria Jurídica
- ✓ Diretoria Financeira
- ✓ Diretoria Administrativa
- ✓ Diretoria Médico-Social
- ✓ Diretoria da Área Hospitalar e Serviços Credenciados
- ✓ Comitê Educativo
- ✓ Diretoria Comercial

### ***Da Assembléia Geral***

A **Assembléia Geral** é o órgão supremo nas deliberações e é composta por todos os membros cooperados com direito a voto.

Cabe aos membros da Assembléia, que são os médicos cooperados, as seguintes decisões:

- Deliberar sobre a prestação de contas do exercício anterior compreendendo o relatório da gestão, o Balanço e o Demonstrativo da Conta de Sobras e Perdas;
- Dar destino às sobras ou repartir as perdas;
- Eleger e empossar ocupantes de cargos sociais do Conselho de Administração, do Conselho Técnico e do Conselho Fiscal;
- Deliberar sobre os planos de trabalho formulados pelo Conselho de Administração para o ano entrante;
- Fixar o valor de honorários e cédulas de presença pagos aos membros da Diretoria Executiva, Conselho de Administração, Conselho Fiscal, Comitê Educativo e Auditorias Médicas pelo despendimento de tempo nas atividades da administração;
- Deliberar sobre propostas encaminhadas pelo Conselho de Administração e que constem do edital de convocação.

### ***Do Conselho Fiscal***

O **Conselho Fiscal** é composto por 3 (três) membros efetivos e 3(três) membros suplentes eleitos suplentes eleitos pela Assembléia Geral Ordinária com mandato de 1 (um) ano.



### ***Do Conselho de Administração***

O **Conselho de Administração** é composto por 15 (quinze) membros cooperados eleitos em Assembléia Geral com mandato de 4 (quatro) anos.

### ***Do Diretor Presidente***

O **Diretor Presidente** é único e exclusivamente responsável técnico e representante legal junto aos processos e informações pertinentes a Cooperativa.

### ***Do Conselho Técnico***

O **Conselho Técnico** é composto por 7 (sete) membros efetivos e 3 (três) membros suplentes eleitos pela Assembléia Geral Ordinária com mandato de 4 (quatro) anos.

### ***Da Assessoria Jurídica***

A **Assessoria Jurídica** é quem oferece suporte jurídico à cooperativa. São profissionais contratados da área.

### ***Da Diretoria Financeira***

A **Diretoria Financeira** é a responsável pelo gerenciamento dos recursos financeiros da Cooperativa.

### ***Da Diretoria Administrativa***

A **Diretoria Administrativa** é a responsável pela administração de todos os recursos e bens da Cooperativa.

### ***Da Diretoria Médico-Social e Diretoria da Área Hospitalar e Serviços Credenciados***

A **Diretoria Médico-Social** é a responsável pelo questionamento da qualidade do produto Unimed, atua junto ao usuário para determinar possíveis falhas no atendimento. Desenvolve também um trabalho sócio educativo junto às Empresas, Secretárias de Médicos Cooperados e Serviços Credenciados, visando melhorar a qualidade do atendimento ao usuário **UNIMED**, atua em conjunto com a **Diretoria da Área Hospitalar e Serviços Credenciados** que é a responsável pelo relacionamento com os hospitais e serviços credenciados.

### ***Do Comitê Educativo***

O **Comitê Educativo** é quem realiza um trabalho sócio educativo junto aos Cooperados, Empresas e Serviços Credenciados, composto por 3 (três) médicos cooperados.

### ***Da Diretoria Comercial***

A **Diretoria Comercial** atua vendendo o produto UNIMED e promovendo a imagem da Cooperativa junto a comunidades que formam o seu mercado consumidor.

## **1.9 - Das estruturas do complexo empresarial cooperativo Unimed**

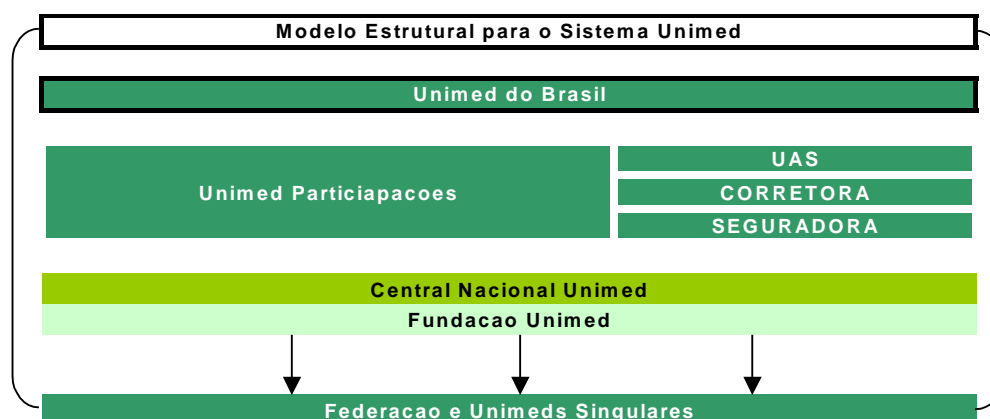
A reestruturação empresarial e política do Complexo Unimed resultaram do esforço de reunir em torno de diretrizes comuns todas as suas estruturas e, inclusive, as cooperativas singulares que, pela posição que ocupam, representam a parte mais exposta e visível deste Sistema diante da nova realidade do mercado de planos de saúde no Brasil.

Essa iniciativa foi portadora de uma nova visão do Sistema Unimed, baseada no estabelecimento de alianças estratégicas entre as cooperativas e as diversas estruturas do Complexo, e de uma nova visão do mercado, capazes de alavancar o negócio Unimed, quer para atenuar disfunções operacionais, quer para maximizar os resultados da ação de cada componente desse Sistema.

Assim, proporcionou um marco institucional de transição do Sistema Unimed para uma economia de mercado globalizado, extremamente competitivo e, com isso, contribuiu para o aprimoramento da sua gestão operacional e política.

Da mesma forma que a Unimed Campinas definiu claramente seus objetivos, metas e resultados, a Seguradora Unimed, a Unimed Serviços, a Corretora Unimed, a Central Nacional Unimed e demais estruturas do Sistema devem ter os seus. O Complexo Cooperativo Unimed deve integrar seu planejamento global e estar em sintonia com as macro definições do Sistema.

Ocorreu então o delineamento de diretrizes e ações no macro ambiente da Unimed, tendo como objetivo a construção de um plano de trabalho para os próximos anos, contemplando toda a estrutura do Complexo Unimed, adotando mecanismos administrativos e gerenciais para atingir tais objetivos.



Estabelecidos seus objetivos e feito o planejamento, o monitoramento mensal de resultado, por meio de indicadores de acompanhamento, está sendo transparente, com informação para todo o sistema Unimed, como empresas que são, adotando sistemas de metas econômico-financeiras.

### 1.10 – Dos principais produtos/serviços

Neste tipo de assistência médica, a administradora do plano é uma cooperativa médica que oferece a seus beneficiários prestação de serviços médicos-

hospitalares nas contratações individuais, familiares, coletivos empresariais e coletivos por adesão, dando cobertura ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica, porém com restrições geográficas (só atende em uma determinada região), apesar de poder manter acordos com cooperativas de outras regiões.

### **1.11 - Tendências e perspectivas**

A afirmação recorrente de que o mercado de saúde suplementar no Brasil está em retração carece de base real. Ao contrário, o que parece certo é um discreto crescimento nos últimos anos, apesar do desemprego e da queda do poder aquisitivo.

O argumento da evasão de clientes apóia-se, com freqüência, na comparação entre os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNDA), do IBGE, e o cadastro de beneficiários da ANS – bases distintas de coleta de dados e, por fim, incomparáveis <sup>1</sup>.

Segundo a PNDA, em 1998, a saúde suplementar atendia 44 milhões de brasileiros. A pesquisa Unimed do Brasil/Datafolha, em entrevistas diretas com a população, já indicava 47 milhões de usuários, cinco anos depois.

Entretanto, a perspectiva de expansão desse mercado, em médio prazo, depende da retomada no crescimento da economia, com recuo do desemprego e recuperação da renda. Isso porque pesquisas qualitativas demonstram que ter plano de saúde é um desejo quase universal da população, limitado pela impossibilidade de pagamento.

As análises também mostram que as categorias socioeconômicas A e B já são, na sua quase totalidade, atendidas por esse mercado. Assim, perspectivas reais de crescimento em grande escala somente serão possíveis se as categorias C e D puderem ter acesso aos planos de saúde.

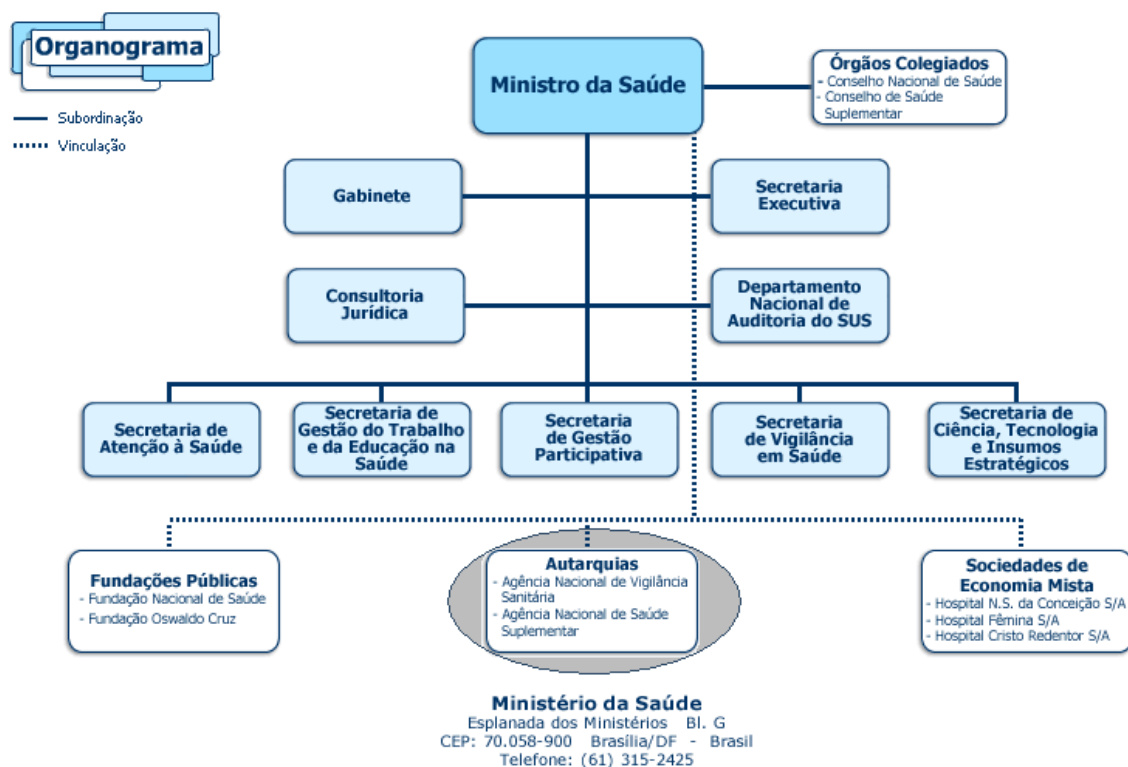
1 A PNAD/IBGE é uma pesquisa domiciliar na qual se pergunta ao entrevistado se tem ou não plano de saúde e de qual operadora, considerando-se como resposta qualquer forma de assistência supletiva. Já a ANS mantém um cadastro de usuários fornecido pelas operadoras, com evidente sub-registro, seja por operadoras que não informam todos os seus clientes, seja por operadoras que sequer têm registro.

Esta será a direção para as operadoras que planejam crescer: desenvolver produtos com preço compatível com o padrão de remuneração das categorias socioeconômicas C e D. As vendas devem ter como foco o mercado empresarial para trabalhadores que recebem entre dois e cinco salários mínimos.

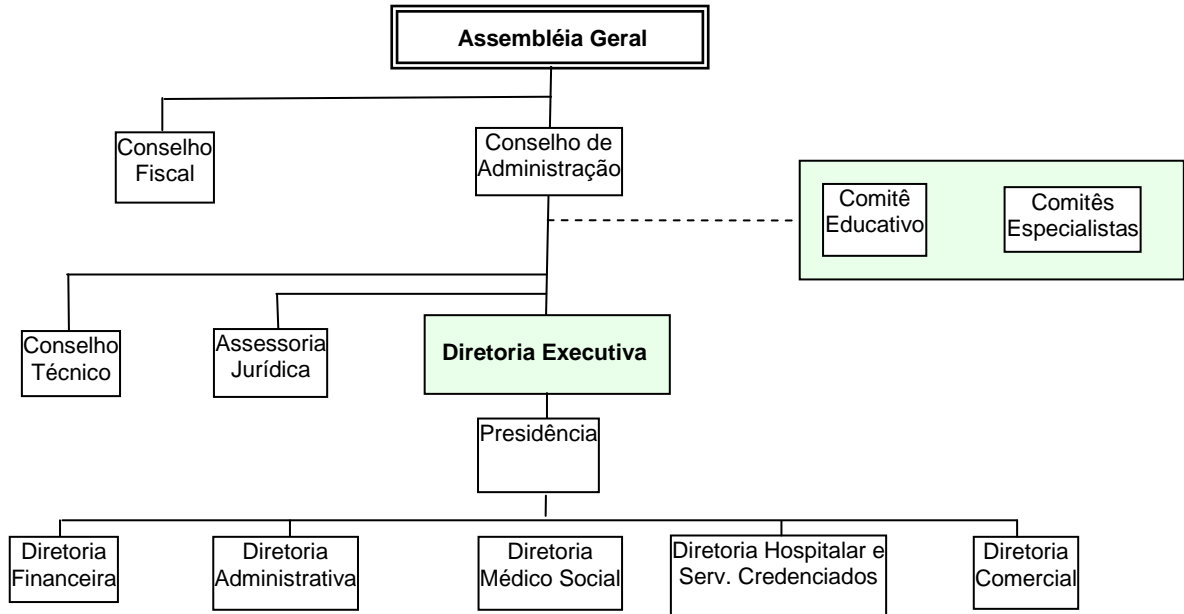
A forte presença do mercado informal na economia brasileira – ainda que se trate de um segmento bastante instável – também abre espaço para a venda de planos individuais ou por adesão para essa faixa de rendimento.

Todas essas perspectivas devem ser analisadas à luz de um cenário de crescimento econômico moderado, da ordem de 3% a 4% do PIB/ano, no curto e médio prazo.

## 1.12 – Do Organograma Geral da Saúde



### 1.13 - Do Organograma da Organização



## **Capítulo II – Da Análise da Cooperativa**

---

### **2.1 - Missão da Cooperativa**

Proporcionar bem estar a seus clientes, através de trabalho médico com alta qualidade e adequadamente valorizado.

#### **2.1.1 - Visão da Cooperativa**

Ser a melhor opção de planos de Saúde no mercado, condicionada à manutenção da solidez da cooperativa e ao bom exercício da prática médica.

### **2.2 - Política de Qualidade da Cooperativa**

A Unimed Campinas considera que, através do desenvolvimento dos cooperados e de seus colaboradores, da participação na vida da comunidade e da busca de melhoria contínua, será possível garantir e melhorar o bom desempenho da prática médica e a eficiência operacional de seus processos. A Unimed Campinas acredita que superar as expectativas de seus clientes com atendimento de qualidade é essencial para garantir seu crescimento e solidez.

### **2.3 – Setor Econômico**

As cifras financeiras movimentadas pela saúde suplementar são também imprecisas, pois refletem aproximações do faturamento das operadoras, apenas recentemente obrigadas a divulgar seus balanços anuais. As estimativas variam de R\$ 35 bilhões a R\$ 50 bilhões por ano.

Esse volume de recursos mostra a relevância do setor, ainda longe de atingir seu ponto máximo de desenvolvimento. No período recente, as operadoras vêm sofrendo os impactos do baixo crescimento do País, fato que impossibilitou a maior

ampliação do mercado nas categorias socioeconômicas C e D, além de restringir o acesso de parte dos clientes categoria socioeconômica B<sup>2</sup>.

## 2.4 – Segmento de Mercado

Uma característica relevante desse segmento é o elevado número de operadoras em atividade. Ainda que mais da metade das 1.800 empresas registradas na ANS se concentram no Estado de São Paulo (*Quadro 1*), a tendência é uma rápida e significativa redução no número de competidores em todo o País.

Esse processo já vem ocorrendo nos últimos anos, em grande parte por intervenção da ANS, mas também por movimentos de incorporação e fusão. Espera-se, portanto, uma profunda mudança no perfil do mercado no próximo período, em busca de escala e maior competitividade.

**Quadro 1**  
**Operadoras com Beneficiários Segundo UF**

UF	QT Operadoras	%
SP	1.173	51,5
MG	801	35,2
RJ	723	31,8
PR	573	25,2
RS	473	20,8
BA	446	19,6
DF	444	19,5
SC	417	18,3
GO	405	17,8
ES	352	15,5
PE	346	15,2
CE	318	14
MS	308	13,5
MT	303	13,3
PA	269	11,8
MA	245	10,8
PB	236	10,4
RN	234	10,3

2 Na pesquisa Unimed do Brasil/Datafolha realizada em 2003 verificamos que, embora as classes socioeconômicas A e B somem 20% da população brasileira, representam 42% dos usuários de planos de saúde.



AL	206	9
SE	195	8,6
AM	192	8,4
RO	182	8
TO	169	7,4
AP	159	7
PI	153	6,7
AC	113	5
UF não identificado	106	4,7
RR	94	4,1
<b>Total</b>	<b>1802</b>	

Fontes: Cadastro de Beneficiários – ANS/MS – 09/12/03, Cadastro de Beneficiários – ANS/MS – 10/2003 e Censo Demográfico Estimativo 2003 – IBGE.

\* Uma operadora pode possuir beneficiários em mais de uma UF. Portanto, o somatório de operadoras não corresponde à soma da quantidade de operadoras.

A tendência à redução no número de operadoras ganha força a partir de outra constatação relevante: a concentração dos clientes nas principais empresas. As 54 maiores respondem por mais de 50% dos clientes e apenas duas delas – Bradesco e Sul América – detêm 10,6% do mercado. É uma parcela equivalente à disputa por nada menos que 1.322 operadoras de menor porte (*Quadro 2*).

## Quadro 2

### Beneficiários e Operadoras Registradas Segundo Faixa Percentual Acumulativa de Beneficiários

Faixas, percentuais acumulativos	QT Operadoras	QT Beneficiários
10,6%	2	3.967.347
20,8%	7	7.815.249
30,1%	15	11.290.295
40,4%	29	15.148.471
50,3%	54	18.859.326
60,0%	97	22.518.801
70,1%	163	26.285.667
80,0%	279	30.029.727
90,0%	510	33.778.729
100%	1.832	37.523.929*

Fonte: Cadastro de beneficiários – ANS/MS – 10/2003

Nota: As operadoras com registro na ANS e que não foram descredenciadas são consideradas operadoras registradas.

\* Existem 224.570 beneficiários ativos em 241 operativas inativas

Um total de 58 operadoras possuem mais de 100 mil clientes cadastrados na ANS, somando 58% do mercado. Nesse grupo se incluem a Central Nacional Unimed e 18 singulares do Sistema (*Quadro 3*).

### Quadro 3

#### Operadoras com mais de 100.000 usuários cadastrados

	Razão Social	QT de Benefic. 10/2003
1	Bradesco Saúde S/A	2.312.899
2	Sul América Seguro Saúde S/A	1.654.448
3	Intermédica Sistema de Saúde S/A	1.092.413
4	Geap Fundação de Seguridade Social	749.859
5	Amil Assistência Médica Internacional Ltda	727.981
6	Odontoprev S/A	667.125
7	Medial Saúde S/A	610.524
8	Unimed BH Coop. De Trab. Médico Ltda	522.046
9	Caixa de Assist. dos Func. Do Banco do Brasil	501.435
10	Unimed Paulistana Soc. Coop.Trab.Médico	475.716
11	Unimed Campinas Coop. Trab. Médico	437.007
12	Unimed Rio Coop. Trab.Med.Rio de Janeiro Ltda	419.008
13	Golden Cross Assist. Internac. De Saúde Ltda	404.752
14	Amico Saúde Ltda	386259
15	Soc. Coop.de Serv.Méd. Curitiba e Região Metropolitana	328.823
16	Sul América Serviços Médicos S/A	324.858
17	Caixa Econômica Federal	321.288
18	Interclínicas Planos de Saúde S/A	319.235
19	Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos	309.992
20	Pró-Saúde Assistência Médica S/C Ltda	301.721
21	Interodonto – Sist. Saúde Ondont.S/C Ltda	300.367
22	Dix Assistência Méica Ltda	288.466
23	Porto Seguro – Seguro Saúde S/A	275.371
24	Hapvida Assistência Médica Ltda	273.635
25	Unimed de Fortaleza Coop. Trab.Médico	241.286
26	Petróleo Brasileiro S/A – Petrobrás	240.826
27	Mediservice Adm. Planos de Saúde Ltda	232.784
28	Unimed Vitória Coop. Trab.Médico	220.489
29	Fundação Cesp	207.858
30	Unimed de São José dos Campos	207.094
31	Assoc. Benef.Prof. Pub.At. e Inat.RJ-Appai	201.685
32	Amesp Adm. Planos de Saúde e Odont. S/CLtda	196.155

33	Central Nacional Unimed – Coop. Central	184.238
34	Caixa de PecAssist. Prev.dos Serv. Da Fund.Sev.da Saúde Pública	184.150
35	Marítima Saúde Seguros S/A	182.787
36	Grupo Hospitalar do Rio de Janeiro Ltda	168.697
37	Unimed de Manaus Coop.Trab.Médico Ltda	158.526
38	Unimed Goiânia Coop.Trab.Médico	152.724
39	Unimed Recife Coop.Trab.Médico	149.985
40	Unimed de Belém Coop.Trab. Médico	146.636
41	Aviccena Assistência Médica	143.904
42	Assistência Médica São Paulo S/A	139.980
43	Associal Assist.Saúde Od. Ao Com e Ind Ltda	137.374
44	Admed Planos de Saúde Ltda	135.768
45	Caixa Beneficente dos Func. Banespa	133.615
46	Green Line Sistema de Saúde Ltda	133.034
47	Unimed Juiz de Fora Coop.Trab.Médico Ltda	128.239
48	Fundação Waldemar Barnsley Pessoa	126.336
49	Rio Méd Serviços de Assist. Médica Ltda	126.001
50	AGF Saúde S/A	118.393
51	Seisa Serviços Integrados de Saúde Ltda	117.575
52	Unimed de Santos Coop. Trab. Médico	115.026
53	Unimed de Ribeirão Preto – Coop.Trab.Médico	111.805
54	Fundação São Francisco Xavier	111.128
55	Unimed Cuiabá Coop. Trab.Médico	107.273
56	Unimed Campo Grande/MS Coop.Trab.Médico	106.460
57	Unimed Natal Sociedade Coop.Trab.Médico	101.991
58	Gama Saúde Ltda	100.611

---

Fonte: Cadastro de Beneficiários – ANS/MS – 10/2003

## 2.5 - A concorrência

As oportunidades de crescimento e o próprio futuro do Sistema Unimed também devem ser analisados em face de seus principais concorrentes na saúde suplementar. No âmbito interno, vemos a modernização das medicinas de grupo e a progressiva abertura das autogestões.

Ao mesmo tempo, o movimento anual de US\$ 12 bilhões, a estabilização das regras da regulação e a expectativa de crescimento econômico para o País tornam a saúde suplementar um mercado novamente atrativo para o capital internacional. A entrada de corretoras estrangeiras, atuando como intermediárias entre operadoras e clientes empresariais, acende um alerta no cenário.

Vamos ao quadro:

<b>Filantrópicas</b> <b>Risco muito pequeno</b>	<p>Tiveram rápido crescimento com a entrada de Santas Casas de todo o País no mercado, operando planos de saúde próprios.</p>
	<p>Não parecem representar ameaça importante ao Sistema Unimed, uma vez que não conseguiram uma integração nacional e estão em grande dificuldade para cumprir as regras da regulação do setor.</p>
<b>Seguradoras</b> <b>Risco pequeno</b>	<p>Pelas características de seus produtos, têm como foco a categoria socioeconômica A, um mercado próximo da saturação e, por isso, com perspectiva limitada de crescimento.</p>
	<p>Exceto por uma mudança profunda no seu portfólio de produtos, são pequenas as chances de oferecerem forte concorrência ao Sistema Unimed. Mesmo assim, já estão sendo feitas experiências com seguro de acidentes pessoais para a população de baixa renda.</p>
<b>Autogestões</b> <b>Risco Médio</b>	<p>Têm mercado limitado, ainda que inexplorado. Seu potencial de crescimento depende da melhoria de sua capacidade gerencial, que permita um padrão e custo e despesas operacionais abaixo das outras opções de mercado, isto é, as medicinas de grupo e a Unimed.</p>
	<p>Cada vez mais se abrem para o mercado, deixando</p>

	<p>de atender a apenas uma empresa ou grupo de empresas. Já existem operadoras com duplo registro na ANS, um como autogestão e outro como operadora aberta ao mercado, igualando-se à medicina de grupo.</p>
<p><b>Empresas de Medicina de Grupo</b></p>	<p>Atuam no mesmo segmento que a Unimed, têm como foco o mercado empresarial e estão modernizando sua gestão, em busca de escala nas suas operações. Tem boa representação no cenário político e integram cada vez mais suas atividades. Um ponto fraco é a pulverização de clientes entre diferentes operadoras, traço comum à Unimed. Outra vulnerabilidade, talvez a principal, é a relação instável com a categoria médica, maior responsável pela sua prestação de serviços.</p>
<p><b>Alto Risco</b></p>	<p>São o principal concorrente interno do Sistema Unimed neste momento.</p>
<p><b>Corretoras Internacionais</b></p>	<p>Após a fracassada tentativa de o capital internacional atuar diretamente no mercado brasileiro de planos de saúde (a compra da Golden Cross é um exemplo), as três maiores corretoras internacionais é o novo ator da saúde suplementar. Sua estratégia tem sido marcada pela agressividade na captação de clientes e, na área de saúde, por um forte discurso de racionalização de gastos assistenciais e programas de promoção da saúde como forma de reduzir custos.</p>
<p><b>Novos entrantes Alto Risco</b></p>	<p>Esse é um fenômeno preocupante para o Sistema Unimed. O risco é crescente, pois ao chegarem à escala acima de 1 milhão de clientes, seu poder de negociação aumenta. Há a possibilidade de direcionarem sua carteira a uma eventual operadora internacional que decida entrar no mercado</p>

	brasileiro, sem sequer a necessidade de grandes investimentos.
--	--

A instabilidade nas regras do setor e a falta de uma experiência consolidada para a regulação constituem dois grandes obstáculos ao funcionamento das operadoras e ao seu relacionamento com a ANS. O sistema atual, caro e inadequado, pauta-se pela busca exagerada de informações e pela edição de normas burocráticas, muitas delas sem finalidade.

Esse quadro gerou um período tumultuado, que pode ser agora ultrapassado. Desde o final de 2003, a ANS tem nova direção, como uma equipe de perfil técnico iniciando o seu mandato no governo Lula.

Para dar estabilidade à regulação e possibilitar o desenvolvimento do setor, teremos de lidar com graves questões estruturais, ainda sem solução. É o caso da migração e da adaptação de planos antigos, da política de reajustes, do ressarcimento ao SUS, da incorporação tecnológica, da liquidação de operadoras e da exigência de novas reservas financeiras.

Esses temas devem ser abordados apesar de não obter consenso, até mesmo por reunir interesses divergentes. O Sistema Unimed está sendo o interlocutor junto a ANS, desenvolvendo propostas e parcerias concretas em torno desses temas prioritários. Isso requer decisão política e o enfrentamento de problemas internos, superando os conflitos gerados pelo não-reconhecimento do papel regulador da agência junto as Operadoras.

## **2.6 – Fornecedores**

O Sistema Unimed adota uma política nacional de referência para compras e negociação com fornecedores. A aquisição em escala é um valioso contraponto ao lobby das indústrias de materiais e medicamentos. Tal como vem sendo feito na área de TI a parte de comunicação, é possível fechar bons acordos com fornecedores e, estar indicando, caso necessite, as demais singulares, beneficiando-as.

## 2.7 - Clientes

### 2.7.1 - Perfil atual do mercado

Os dados definem o tamanho do mercado de planos de saúde no Brasil ainda são imprecisos. A referência oficial é o cadastro de beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que registrava 37,37 milhões de pessoas atendidas em outubro de 2003.

Esse número difere muito do resultado da pesquisa encomendada pela Unimed do Brasil ao Datafolha no mesmo período. Segundo o Instituto, seriam 37,37 milhões de usuários apenas entre os maiores de 18 anos, o equivalente a 35% da população nessa faixa etária.

Pelo cadastro da ANS, 25,9% dos usuários são menores de 18 anos. Se projetarmos esse percentual para a população total, o número de usuários de planos de saúde no Brasil seria de 47,4 milhões. Ou seja, os dados da ANS estariam subestimados em 25%, embora parte desses beneficiários possa usufruir de cartões de desconto ou de outras modalidades de atenção à saúde não-catalogadas como planos de saúde pela Agência, mais assim identificadas pelos entrevistados na pesquisa.

Ainda segundo dados oficiais, as cooperativas médicas respondem por 24,4% desse mercado, com 9,2 milhões de clientes cadastrados<sup>3</sup>, perdendo apenas para a medicina de grupo, que detém um terço do mercado de saúde supletiva (*Quadro 4*).

3 Apesar de o Sistema Unimed trabalhar com o número de 11 milhões de clientes, sabemos que essa contagem inclui, em muitos casos, clientes de intercâmbio, estando ligeiramente superestimada. Por outro lado, nos cadastros enviados para a ANS, várias singulares não registram os clientes em custo operacional, tornando subestimado o número de 9,2 milhões.

**Quadro 4**  
**Quantidade de Beneficiários Ativos por Classificação de Operadora**

<b>Classificação</b>	<b>Qtde. Beneficiários Ativos</b>	<b>% Beneficiários Ativos</b>
Medicina de Grupo	12.569.053	33,30%
Cooperativa Médica	9.209.789	24,40%
Autogestão	5.596.432	14,83%
Seguradora Esp. Saúde	4.811.112	12,75%
Odontologia de Grupo	2.776.380	7,35%
Filantropia	1.409.114	3,73%
Cooperativa Odontológica	1.303.376	3,45%
Seguradora	63.503	0,17%
Administradora	9.740	0,03%
<b>Total</b>	<b>37.748.499</b>	<b>100%</b>

Fonte: Cadastro de Beneficiários – ANS/MS – 10/2003

### 2.7.2 - Concentração regional

Um traço importante do mercado é sua forte concentração regional no Sudeste e no Distrito Federal, onde a renda per-capita é maior. Em São Paulo, 43% da população contam com algum plano de saúde, contra 21% da média nacional. No outro extremo está a região Norte, onde menos de 5% da população utilizam planos de saúde, chegando a menos de 3% em Tocantins, a menor cobertura do País (*Quadro 5*).

**Quadro 5**  
**Beneficiários, População e Grau de Cobertura Segundo UF**

<b>UF</b>	<b>QT de Beneficiários</b>	<b>População Residente</b>	<b>Grau de Cobertura</b>
SP	16.834.867	38.709.320	43,5%
RJ	4.760.835	14.879.118	32,0%
DF	692.206	2.189.789	31,6%
ES	749.628	3.250.219	23,1%
MG	3.824.623	18.553.312	20,6%
PR	1.890.772	9.906.866	19,1%
SC	958.030	5.607.233	17,1%



RS	1.481.082	10.510.992	14,1%
MS	280.937	2.169.688	13,0%
PE	1.033.248	8.161.862	12,7%
CE	911.039	7.758.411	11,7%
AM	348.446	3.031.068	11,5%
RN	320.709	2.888.058	11,1%
GO	498.559	5.306.459	9,4%
BA	1.212.141	13.435.612	9,0%
PB	311.745	3.518.595	8,9%
SE	165.276	1.874.613	8,8%
MT	231.191	2.651.335	8,7%
PA	539.138	6.574.993	8,2%
AL	198.589	2.917.661	6,8%
AP	35.310	534.835	6,6%
RR	16.902	357.302	4,7%
PI	121.999	2.923.725	4,2%
RO	57.449	1.455.907	4,0%
MA	219.676	5.873.655	3,7%
AC	18.616	600.595	3,1%
TO	34.181	1.230.181	2,8%
UF não identificada	1.305		
<b>Total</b>	<b>37.748.499</b>	<b>176.871.437</b>	<b>21,3%</b>

Fontes: Cadastro de Beneficiários – ANS/MS – 10/2003 e Censo Demográfico Estimativo 2003 – IBGE

### 2.7.3 - Distribuição etária

Outro aspecto que chama a atenção é o predomínio dos jovens – 48% dos usuários de planos de saúde no País estão abaixo dos 29 anos e 10,3% acima dos 60 anos, refletindo o perfil etário geral da população brasileira (*Quadro 6*).

Entre os idosos, destaca-se sua maior participação na carteira de autogestão (14,9%) e da Unimed (12,7%). Este fato se explica, no primeiro caso, pelos aposentados do setor público e, entre as cooperativas médicas, pela forte presença de clientes individuais.

Já por terem seu foco no mercado empresarial, aliado a uma política que dificulta a entrada de pessoas acima de 50 anos, as medicinas de grupo contam com 8,5% de usuários acima de 60 anos, assim como as seguradoras, com apenas 5,9% dos clientes nessa faixa etária.

### Quadro 6

#### Quantidade de Beneficiários Ativos por Classificação de Operadora e Faixa Etária

Classificação	0 a 17 anos	18 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 anos ou mais	Total
Medicina de Grupo	3.480.350	2.925.047	2.277.705	1.730.803	1.083.209	593.812	478.127	12.569.053
<b>Distribuição</b>	<b>27,7%</b>	<b>23,3%</b>	<b>18,1%</b>	<b>13,8%</b>	<b>8,6%</b>	<b>4,7%</b>	<b>3,8%</b>	
Cooperativa Médica	2.313.986	1.844.370	1.620.378	1.334.456	923.740	618.376	554.483	9.209.789
<b>Distribuição</b>	<b>25,1%</b>	<b>20,0%</b>	<b>17,6%</b>	<b>14,5%</b>	<b>10,0%</b>	<b>6,7%</b>	<b>6,0%</b>	
Autogestão	1.455.964	1.011.974	689.167	938.853	666.283	406.507	427.684	5.596.432
<b>Distribuição</b>	<b>26,0%</b>	<b>18,1%</b>	<b>12,3%</b>	<b>16,8%</b>	<b>11,9%</b>	<b>7,3%</b>	<b>7,6%</b>	
Seguradora Esp. Saúde	1.286.343	1.097.421	989.677	745.440	390.418	176.547	125.266	4.811.112
<b>Distribuição</b>	<b>26,7%</b>	<b>22,8%</b>	<b>20,6%</b>	<b>15,5%</b>	<b>8,1%</b>	<b>3,7%</b>	<b>2,6%</b>	
Odontologia de Grupo	593.255	828.258	639.418	384.077	145.724	47.763	137.885	2.776.380
Filantropia	316.056	275.119	206.729	201.920	160.532	116.042	132.716	1.409.114
Coop.	296.546	359.473	278.441	203.644	101.110	37.605	26.557	1.303.376
Odontológica								
Seguradora	15.623	14.107	14.515	10.750	5.160	2.100	1.248	63.503
Administradora	721	2.239	2.657	2.512	1.199	335	77	9.740
Total	9.758.844	8.358.008	6.718.687	5.552.455	3.477.375	1.999.087	1.884.043	37.748.499
<b>Distribuição</b>	<b>25,9%</b>	<b>22,1%</b>	<b>17,8%</b>	<b>14,7%</b>	<b>9,2%</b>	<b>5,3%</b>	<b>5,0%</b>	

Fonte: Cadastro de Beneficiários – ANS/MS – 10/2003

#### 2.7.4 - Tipos de Planos

A persistência de 60% da carteira de planos de saúde anteriores à Lei 9.656/98 constitui um dos principais pontos de atrito entre as operadoras e os clientes, motivando a intervenção do Judiciário, dos órgãos de defesa dos consumidores e da ANS. As propostas de adaptação e migração coletivas buscam resolver essa situação, gerada quando o governo desistiu da regra de migração compulsória, edição da Lei.

Também se destaca o fato de apenas 27% dos planos contratados após 1999 serem do tipo individual (*Quadro 7*). Esse é o resultado direto da política de proteção a tais usuários, introduzida pela regulamentação, levando a maioria das operadoras a considerá-los como um mercado de alto risco.

**Quadro 7**  
**Beneficiários Segundo Vigência, Tipo de Contratação do Plano e Região**

Região	Planos posteriores <u>À Lei 9.656/98</u>		Planos Anteriores <u>À Lei 9.656/98</u>	Total
	Planos Individuais	Planos Coletivos		
Norte	170.932	325.977	553.133	1.050.042
Nordeste	601.610	1.211.218	2.681.594	4.494.422
Sudeste	2.914.600	7.542.295	15.713.058	26.169.953
Sul	323.297	1.587.249	2.419.338	4.329.884
Centro-Oeste	183.856	521.481	997.556	1.702.893
UF não identif.	153	830	322	1.305
<b>Total</b>	<b>4.194.448</b>	<b>11.189.050</b>	<b>22.365.001</b>	<b>37.748.499</b>
	<b>11,1%</b>	<b>29,6%</b>	<b>59,2%</b>	

Fonte: Cadastro de Beneficiários – ANS/MS – 10/2003

## 2.8 – Influências Externas

Após mais de quatro décadas de atuação no Brasil, a saúde supletiva vem passando por intensas transformações desde 1999, com o regulamento do setor. À demanda por organização e modernização gerencial e à ampliação das coberturas, decorrentes do novo marco regulatório, somam-se os efeitos de mudanças na própria sociedade.

O envelhecimento da população, a prevalência de doenças crônico-degenerativas, o aumento na utilização dos serviços de saúde e a necessidade de incorporar novas tecnologias traduzem em custos assistenciais cada vez mais elevados, exigindo-se eficiência e profissionalismo na gestão dos recursos.

Por outro lado, o financiamento e o potencial de expansão do setor estão ligados ao crescimento da economia, aos níveis de emprego e renda das famílias, o que limita os preços dos serviços. Em um mercado competitivo, sobreviverão as operadoras que se anteciparem e planejarem a sua organização.

O perfil atual do setor conta com uma carteira relativamente jovem, em grande parte ainda anterior à regulamentação, como forte concentração regional, mas também com oportunidades de crescimento.

## **2.9 – Ambiente interno**

O Sistema Unimed acredita na necessidade de se construir sempre, focando-se em cuidadosas análises do Sistema que traduzem em um conjunto de diretrizes para orientar a sua reorganização diante de rápidas transformações no setor de saúde.

Diante do fortalecimento da marca Unimed no país e a auto-regulação do Sistema, são abordadas a importância de uma gestão profissional e participativa, com transparência financeira e mecanismos claros de manutenção das estruturas.

Tratam-se de políticas nacionais de mercado, marketing e comunicação, do enfrentamento das questões jurídicas e administrativas, da incorporação de tecnologias e da relação com fornecedores onde reforçam a importância do apoio técnico às singulares e a estruturação de serviços próprios, da modernização do intercâmbio, do estímulo a troca de experiências. Por fim, destacam a promoção da saúde e a valorização do trabalho médico.

### **2.9.1 - A auto-regulação e as normas para o uso da marca Unimed**

Como a principal marca do setor saúde, a Unimed tem um grande patrimônio e, por conseqüências, uma grande responsabilidade. *Top of Mind* por uma década e muito distante dos demais concorrentes, a marca é uma referência para o setor e para o cooperativismo.

Apesar disso, somente em 1995 teve início o trabalho de padronização e regulamentação do seu uso. A adoção do “Manual de Operacionalização da Marca Unimed” foi um importante passo para se consolidar a identidade visual do Sistema.

Cumprida essa etapa, foi preciso avançar no controle e na preservação da marca por parte de todos que a utilizam. E, sobretudo, assegurar que esteja firmemente ligada a uma imagem positiva e de credibilidade junto ao mercado e a sociedade.

O impacto da crise na Unimed São Paulo não deixa dúvidas do potencial destrutivo de uma situação financeira caótica para o conjunto do Sistema. A maior ameaça a uma marca como a da Unimed não é uma eventual aplicação inadequada, mas a sua associação com práticas irregulares e risco econômico-financeiro – particularmente se ocorrer em diversas singulares ao mesmo tempo, ou em regiões metropolitanas de grande repercussão na imprensa nacional.

Como proprietário da marca, coube ao Sistema Unimed definir regras e pré-requisitos, inclusive financeiros, para o seu uso. Ou seja, além de um manual com informações sobre sua aplicação gráfica, foram necessários construir um amplo conjunto de indicadores econômicos nacionais e regionais que permitiram monitorar a saúde financeira, os resultados e a qualidade assistencial de quem utiliza a marca, bem como regras mais claras sobre intercâmbio, tabela de remuneração e outros aspectos operacionais.

Coube ao Sistema Unimed, sistematizá-las para que o monitoramento fosse contínuo e possibilitasse até mesmo a comparação entre singulares. A partir das tendências dos indicadores acompanhados, também foram possíveis identificar problemas. Com isso, a direção estadual e nacional do sistema pode agir prontamente, acionando um regime de cooperação técnica e mesmo de suporte financeiro, para evitar que a situação se deteriorasse e se tornasse irreversível.

### **2.9.2 - Gestão profissionalizada e participativa do Sistema Unimed**

O fortalecimento do Sistema Unimed advém de uma gestão profissional, democrática e participativa, no qual constitui fator de sucesso na construção das estratégias globais para superarmos os grandes desafios dos próximos anos.

O Sistema Unimed dispõe de uma equipe técnica dedicada e com a melhor qualificação do mercado. Esse é um requisito para viabilizarmos os diversos projetos, sejam na relação com a ANS, na implementação da política de auto-regulação ou no suporte técnico as singulares.

O Sistema tem uma política permanente para o recrutamento de pessoal de mercado nas áreas de suporte administrativo, financeiro, comercial e na assistência a saúde. Esse trabalho foi feito sempre em sintonia com as singulares, a partir de Câmaras Técnicas que disseminaram o conhecimento adquirido e propostas de ação.

Trabalharemos com uma gestão profissional pressupõe, planejamento participativo e acompanhamento permanente, com metas e indicadores de resultado.

### **2.9.3 – Transparência financeira e definição dos mecanismos de manutenção**

O Sistema Unimed atua com o financiamento direto, assegurando mais transparência, participação e controle, onde destacamos:

- ✓ Legitimidade técnica e política, obtida com uma gestão profissional e democrática;
- ✓ Ação transparente na prestação de contas.

### **2.9.4 - Política de marketing e comunicação**

Para o Sistema Unimed, uma estratégia é fundamental para valorizar a marca e fortalecer a reputação das cooperativas em âmbito nacional, considerando que no atual estágio de desenvolvimento do País, a política de marketing e comunicação

estão em sintonia com as necessidades dos clientes e com os diferentes públicos que se relacionam.

Outro passo é a definição clara de objetivos, adequando mensagens e ações as estratégias comerciais do Sistema Unimed. Isso é fundamental para associar a marca aos nichos de mercado em que se deseja expandir a presença das cooperativas, como o segmento empresarial.

### **2.9.5 – Padronização de produtos**

Para se ter mais força no mercado empresarial o Sistema Unimed desenvolveu um produto empresarial para as categorias socioeconômicas C e D, com intercâmbio específico e preços parametrizados.

Essa ação teve como aspecto positivo evitar a competição predatória no interior do Sistema, com mais de uma singular participando de concorrências para atender empresas com ampla área de atuação.

### **2.9.6 – Política comercial e de monitoramento das tendências de mercado**

O Sistema Unimed além de adotar estratégias de vendas, também adota a estratégia de pós-venda, com o acompanhamento dos grandes contratos nacionais ou de contratos empresariais de grande importância regional, visando a fidelização dos clientes.

Atualmente, as cooperativas têm capacidade de fornecer aos clientes empresariais informações detalhadas sobre o custo assistencial de seus beneficiários, tendo a oportunidade de um co-gerenciamento dos planos. Isso facilita futuras negociações para o reajuste e mensalidade com base em oscilações do índice de utilização.

Outra importante atribuição do Sistema Unimed é a análise permanente das tendências de mercado na área de saúde e suas implicações, disponibilizando essas informações estratégicas em relatórios periódicos para toda a Cooperativa.

### **2.9.7 – Política de tecnologia da informação**

São diferentes as escolhas feitas de software e hardware entre as Unimed's, contudo há uma política nacional de TI, permitindo a comunicação e a troca de informações do Sistema.

### **2.9.8 – Política de formação e desenvolvimento cooperativista Universidade Unimed**

Criada para desenvolver e disseminar o ideal cooperativista, a Universidade Unimed sempre leva a vanguarda do pensamento na saúde suplementar. Em paralelo, segue a realidade de cada região, promovendo a troca de experiências.

### **2.9.9 – Política de apoio técnico e troca de experiência**

O Sistema Unimed catalisa a troca de experiências envolvendo divulgações de propostas inovadoras de projetos e suas implantações.

Tais informações são expostas em Encontros Nacionais promovidos pela Unimed do Brasil e Central Nacional.

### **2.9.10 - Capilaridade do Sistema Unimed**

A força e o reconhecimento do Sistema Unimed baseiam-se em grande parte, na sua presença nacional, em municípios de todos os portes. Manter essa capilaridade é, portanto, essencial para o crescimento e o fortalecimento do Sistema.

Isso exige uma atenção especial para as pequenas Unimed's, motor econômico e operacional do sistema em quase todo o País. Essa é uma política particularmente importante num momento de forte vulnerabilidade, devido a estagnação da economia brasileira, que agrava as dificuldades das singulares e exige maior suporte técnico e financeiro das federações e da confederação.



### **2.9.11 – Política nacional para o contencioso jurídico**

A organização da Unimed em um sistema nacional de cooperativas autônomas se traduz, além de um diferencial competitivo, em também alguns riscos. Um deles é o contencioso jurídico naquelas ações que chegam aos tribunais superiores criando jurisprudência para todo o Sistema Unimed. Em alguns casos, isso ocorre com uma adequada discussão sobre a causa.

Geralmente são divulgados os êxitos obtidos, contribuindo para abreviar processos e municiar a defesa das singulares. Isso significa em atuação jurídica pró-ativa, buscando antecipar-se aos fatos e aumentando a chance de êxito nas ações.

### **2.9.12 – Modernizado e desburocratizado intercâmbio**

O intercâmbio é um diferencial de Mercado oferecido pela Unimed, viabilizando plano com cobertura nacional para as operadoras locais. Muitas vezes, isso ajuda na conquista de grandes clientes corporativos, agilizando e facilitando nos atendimentos.

Alguns Estados têm experiências exitosas com esse modelo. Em Minas Gerais, a Unicred local avalia as transações entre as Unimed's mineiras. Assim, não há problemas de não pagamento entre as singulares: o crédito é automático, e as cooperativas de crédito assumem a eventual falta de fundo financeiro, na forma de empréstimos com juros previamente pactuados.

### **2.9.13 – Política de prevenção e promoção à saúde**

Cada vez mais, o setor se conscientiza da necessidade de ações efetivas na área de prevenção e promoção à saúde. O incremento na expectativa de vida, com o conseqüente envelhecimento das carteiras e o maior uso de serviços assistenciais, inviabilizará os custos médicos em futuro próximo, caso não se adotem medidas direcionadas, sobretudo, as doenças crônico-degenerativas.

Em sintonia com as ações de marketing, comercialização, tecnologia de informação, compras nacionais unificadas, incorporação de tecnologias e gestão de serviços próprios, é possibilitado uma ação sistêmica cada vez mais consistente, reforçando técnica e politicamente a articulação do Sistema Unimed.

#### **2.9.14 - Reunificação do Sistema Unimed**

Como parte integrante das estratégias de fortalecimento do Sistema Unimed, é fundamental ao processo de unificação nacional, definindo dificuldades inerentes ao processo podem ser superadas se houver, de ambas as partes, determinação, firmeza de propósito e a disposição de ceder em aspectos secundários para consolidar o objetivo principal.

### **2.10 – Tecnologias Empregadas**

O Brasil destaca-se, internacionalmente, como um dos países que mais rapidamente, e sem critérios, incorpora tecnologias médicas. A diversidade e a quantidade de equipamentos e novas técnicas disponíveis são frutos diretos da ausência de uma política pública de incorporação tecnologia.

O problema deverá ser enfrentado pelo setor nos próximos anos, como resultado o Fórum de Saúde Suplementar. Mas esse é um processo lento, que levará anos para obter resultados, caso seja efetivamente implementado.

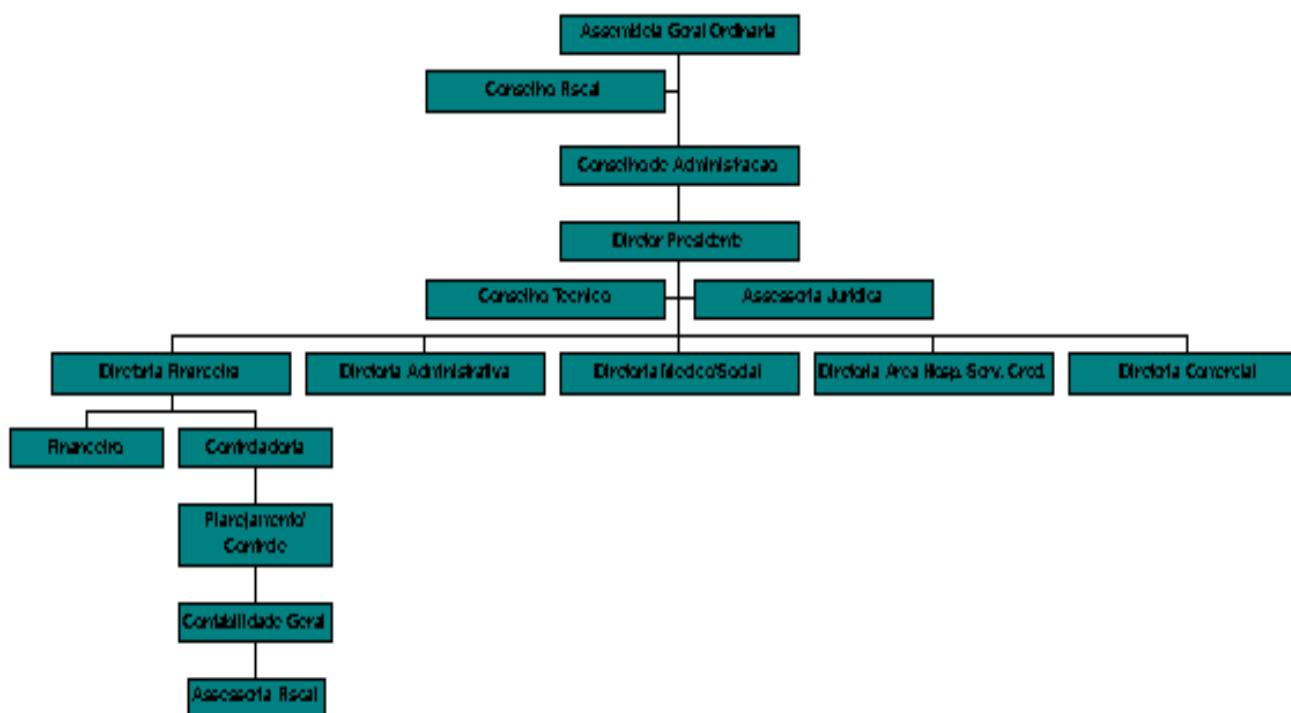
O Sistema Unimed tem sua própria política própria. O Colégio Nacional de Auditores é o fórum adequado para esse debate, produzindo pareceres técnicos, apoiando as instâncias regionais e estimulando a comunicação no Sistema.

Várias singulares têm sido excelente experiência com os Comitês de Especialidades, formados por cooperados. Sua atuação extrapola a avaliação técnica e da relação custo/benefício de novas tecnologias, mas tem sido valiosa nessa área.

## Capítulo III – Da Característica da Área

---

### 3.1 – Organograma Geral da Área



#### 3.1.1 - A Contabilidade Gerencial em Cooperativa de Trabalho Médico

*A Contabilidade Gerencial é hoje um dos segmentos da ciência contábil, talvez o primeiro, em que se verificam os maiores esforços de pesquisa em todo o mundo. Apesar disso, muitos acadêmicos aceitam o fato de que não existe uma teoria unificada para a Contabilidade Gerencial. Muitos chegam a entender que Contabilidade Gerencial não passa de uma coleção de técnicas tomadas emprestadas de outras disciplinas. Apesar de a Contabilidade Gerencial utilizar-se de temas de outras disciplinas, ela se caracteriza por ser uma área contábil autônoma, pelo tratamento dado a informação contábil, enfocando planejamento, controle e tomada de*

*decisão, e por seu caráter integrativo dentro de um sistema de informação contábil. Padoveze Clóvis (1997 p.20)*

Dentro de uma Cooperativa Médica a Contabilidade Gerencial possui um papel importantíssimo, porque é através dela que saem as informações gerenciais que indicam a situação financeira da empresa.

### **3.1.1.1 - Controladoria**

O aumento da complexidade na organização das empresas, o maior grau de interferência governamental por meio de políticas fiscais, a diferenciação das fontes de financiamentos das atividades, a percepção das necessidades de consideração dos padrões éticos na condução de negócios e, principalmente, a demanda de melhores práticas de gestão, criando a necessidade de um sistema contábil mais adequado para um controle gerencial mais efetivo, tem sido, entre outras, algumas das razões para que a responsabilidade com o gerenciamento das finanças das empresas tenha aumentado de importância dentro do processo de condução dos negócios.

Conseqüentemente, a função e a responsabilidade do executivo financeiro, individualmente, tem mudado. A separação entre a função contábil e a função financeira foi o caminho lógico a ser tomado, ocorrendo o nascimento e o desenvolvimento de uma função diferenciada de Controladoria.

A Controladoria serve como órgão de suporte, observação e controle da cúpula administrativa. É ela que fornece os dados e informações, que planeja e pesquisa, visando sempre mostrar à cúpula os pontos de estrangulamento presentes e futuros que podem colocar em risco ou reduzir a rentabilidade da empresa.

Segundo Mossimann e Fisch (1993 p.100) “A Controladoria consiste em um corpo de doutrinas e conhecimentos relativos à gestão econômica. Pode ser visualizada sob dois enfoques:

a) como um órgão administrativo com uma missão, função e princípios norteadores definidos no modelo de gestão do sistema da empresa;

b) como uma área do conhecimento humano com fundamentos, conceitos, princípios e métodos oriundos de outras ciências “.

Este novo campo de atuação para os profissionais de contabilidade requer o conhecimento e o domínio de conceitos de outras disciplinas, como Administração, Economia, Estatística, Informática, etc.

No Departamento de Controladoria, o Controller é responsável por reunir, analisar, conferir e preparar registros financeiros e contábeis, controlando os diversos setores da empresa, como pagamentos, recebimentos, produção, parte comercial, e verificando a implementação de uma política econômica na empresa.

O controller tem como tarefa manter o executivo principal da companhia informado sobre os rumos que ela pode tomar, aonde pode ir e quais os caminhos que podem ser seguidos.

*Figueiredo e Cagiano (1997 p. 28) afirmam que “Os controladores foram inicialmente recrutados entre os indivíduos das áreas de contabilidade e finanças das empresas, por possuírem, em função do cargo que ocupam, uma visão ampla da empresa que os habilita a enxergar as dificuldades como um todo e propor soluções gerais. Além disso, as informações que chegam ao controller são predominante de natureza quantitativa, física, monetária, ou ambas”.*

*Figueiredo e Cagiano ( 1997 p. 28) “o controller pode ser visto ao mesmo tempo como protagonista e coadjuvante de uma mudança comportamental importante sem precedentes na história da contabilidade e da administração”.*

Entre os requisitos necessários para o desempenho da função de Controladoria, o controlador atua analisando e verificando se as informações da

contabilidade, custos, orçamentos estão de acordo com os sistemas gerais da contabilidade. Prepara e analisa relatórios acerca da saúde financeira da empresa, controla gastos específicos para adequação ao orçamento, prepara documentos relativos aos pagamentos de impostos, tributos e contas.

A tarefa da Controladoria requer a aplicação de princípios sadios, os quais abrangem todas as atividades empresariais, desde o planejamento inicial até a obtenção do resultado final. Por planejamento entende-se que o Controller deve medir as possibilidades de uma empresa, perante as realidades externas, para fixar objetivos, estabelecer políticas básicas, elaborar o organograma com responsabilidades definidas para cada posição dentro da organização, estabelecer padrões de controle, desenvolver métodos eficientes de comunicação e manter um sistema adequado de relatórios.

O trabalho exige atualização permanente no que se refere à legislação tributária e fiscal, bem como acompanhamento das tendências da economia internacional e local, bem como do comportamento do setor de atuação da empresa. É um trabalho que exige muita concentração, detalhamento, boa memória, minúcia e organização. É a partir da Controladoria de uma empresa que são geradas as informações que vão servir de base para a tomada de decisão estratégica. Normalmente, o profissional de Controladoria é formado em Contabilidade, mas também pode ser oriundo dos cursos de Economia e Administração.

A missão da Controladoria é zelar pela continuidade da empresa, assegurando a otimização do resultado global.

Embora o delineamento da função, do órgão e da posição do executivo possa variar de uma empresa para outra, existe um conceito que é comumente observado quanto ao executivo: o controller é o chefe da contabilidade, aquele que supervisiona e mantém os arquivos financeiros formais da empresa, embora suas funções não tenham que se restringir apenas às funções contábeis e o que mais se espera é que ele amplie sua atuação ao desenvolvimento da contabilidade em aplicações gerenciais.

### **3.1.1.2 - Sistema de Informação Contábil Gerencial**

#### **3.1.1.2.1 - Orçamento**

É um instrumento direcional. Constitui-se de planos específicos em termos de datas e de unidades monetárias, visando orientar a administração para atingir os fins específicos em mente, ou seja, os objetivos empresariais.

O sistema de orçamento simula os desempenhos com base em planos aprovados, empregando os mesmos conceitos com os quais serão tratados os eventos e transações realizadas; é um sistema de informação de apoio à gestão.

A saída do sistema orçamentário é um conjunto de informações físicas e econômico-financeiras para um período de tempo futuro, decorrente de políticas, procedimentos e metas consubstanciados nos planos operacionais e nos conceitos de identificação, mensuração e informação estabelecida.

Os orçamentos, além de serem parâmetros para a avaliação dos planos, permitem a apuração do resultado por área de responsabilidade, desempenhando o papel do controle por meio de sistemas de custos e contabilidade.

Os objetivos dessa atividade são o planejamento, a coordenação e o controle, concentrando esforços para:

- ✓ orientar a execução das atividades;
- ✓ possibilitar a coordenação dos esforços das áreas e de todas as atividades que compõem a empresa;
- ✓ otimizar o resultado global da empresa;
- ✓ reduzir os riscos operacionais;

- ✓ facilitar a identificação das causas dos desvios entre o planejado e o realizado,propiciando a implementação de ações - corretivas.

Quanto à amplitude prevista, o sistema pode classificar-se em duas etapas:

- ✓ Orçamento de longo prazo;
- ✓ Orçamento de curto prazo.

O **Orçamento de longo prazo** é de grande importância, principalmente quando se levam em conta premissas como crescimento e expansão, estabelecidas na caracterização dos modelos propostos; entretanto, vale lembrar sempre que os modelos espelham realidades a serem retratadas e não existiria jamais um “pacote” orçamentário aplicável a todas as empresas.

Os objetivos estratégicos da empresa são considerados no orçamento de longo prazo.

O **Orçamento de curto prazo** traduz e quantifica os planos da empresa por meio de metas operacionais, determinando, em termos de utilização de recursos, o que fazer, quando, quanto, como fazer e quais recursos utilizar.

O período considerado é anual, geralmente coincidindo com o ano civil. A base monetária considerada pode ser qualquer moeda que vier a ser convencionada, sendo bastante que guarde correspondência com a base monetária do país, para que seja possível fácil conversão quando necessário.

É adotado o método contábil para efeito de registro, identificação, classificação e acumulação de dados e informações.

As saídas do sistema orçamentário, podem ser classificados em quatro tipos de relatórios: relatórios de análise de desempenho (resultado do período em termos de área/gestores); relatórios de análise de resultado (margem de contribuição produto/serviço); relatórios especiais (decisões de investimento e despesas



programadas) e relatórios finais (atuação da empresa em seu aspecto econômico-financeiro e patrimonial, análise de resultado dos produtos, análise de resultado global, fluxo de caixa, balanço).

O processo orçamentário será sempre definido com base na identificação do modelo de gestão e do processo de administração implementado na empresa; em decorrência disso, requer perfeita integração do sistema de gestão com o sistema de informações.

#### **3.1.1.2.2 – Controle Orçamentário**

Durante o período de operações para o qual ele foi projetado, muitas mudanças poderão ocorrer como o mercado com grande tendência de compras, pode ocorrer oportunidades comerciais para novos produtos, entre outros. Dessa forma, a empresa pode aproveitar as oportunidades, se o orçamento anual mostrar em forma de valores, as operações que a empresa pretende efetuar.

Uma vez concluído o orçamento, a empresa está em condições de iniciar o ano operacional. Se os objetivos foram corretamente dimensionados, a empresa tem um guia seguro para orientar suas atividades. É necessário montar um sistema de controles internos coerente com o sistema de orçamento para que seja possível seu acompanhamento durante o exercício.

Como o orçamento servirá de guia que irá orientar as operações da empresa é necessário que se estabeleça um perfeito sistema de controle e análise das variações. Dessa forma, a fase de controle passa a ser de muita importância para o processamento orçamentário. É através desse controle que o orçamento realmente adquire condições de se tornar um instrumento com grande utilidade administrativa, por isso vemos que o uso de orçamento como instrumento de controle financeiro não termina com a execução do mesmo.

O orçamento deve ser acompanhado, para que se tenha condições de verificar até que ponto estão ou não sendo cumpridos, quais as variações que podem afetá-lo

ou não, quais as causas e os efeitos dessas variações no conjunto de produção, vendas, administração e finanças da empresa.

### **3.1.1.2.3 - Custos**

Custos são essencialmente medidas monetárias dos sacrifícios com que a organização tem que arcar para alcançar seus objetivos; por isso, desempenham importante papel nas decisões gerenciais; a coleta e a análise das informações de custos são problemas fundamentais para os contadores.

As informações de custos, além de exprimir, em termos monetários, as mudanças patrimoniais decorrentes das transações de ordem econômico-financeiras, também auxiliam na avaliação das alternativas de curso de ação.

São vários os conceitos que podem ser utilizados no tratamento das informações pela contabilidade de custos; assim, no modelo utilizado, deve ser contemplada a natureza do processo produtivo, bem como as necessidades informacionais dos gestores, tendo sempre em mente o modelo de gestão a ser objetivado; sua função principal é produzir informações sobre:

- ✓ Custeio de produtos, serviços, atividades;
- ✓ Controle de custos por áreas de responsabilidades;
- ✓ Avaliação de desempenho.

Os centros de custos são segmentos onde são gerados os resultados parciais com base na acumulação de custos decorrentes da realização de eventos econômicos, como um aviso de sinistro e a contratação de um seguro, em uma empresa de seguros; compras e estocagem em empresas comerciais; produção, vendas etc., em empresas industriais.

No modelo do sistema de informação da gestão econômica, a acumulação dos custos obedece ao princípio de controlabilidade, isto é, os gestores são

cobrados somente pelos custos que planejam e controlam; assim, nenhum custo ou despesa é rateado, pois os produtos são custeados por seu valor de mercado, o que naturalmente elimina a necessidade de alocações. O cálculo da margem de contribuição é feito considerando suas receitas e seus custos variáveis.

Segundo o conceito de controlabilidade, não teria sentido atribuir responsabilidade de planejamento e execução a um indivíduo quando ele não puder tomar as medidas administrativas necessárias para alcançar os objetivos planejados; assim, falar que um administrador pode controlar certo item significa que suas decisões impactam a qualidade, a quantidade e o valor desse item.

O subsistema de custos deve ser formalmente estruturado e integrado com os outros subsistemas do sistema de informação e, naturalmente, com o processo de gestão.

#### **3.1.1.2.4 - Contabilidade Geral**

Pode-se definir Contabilidade Geral como um sistema de informação e mensuração de eventos que afetam a tomada de decisão.

É comumente analisada como uma série de atividades ligadas por um conjunto progressivo de passos, começando com a observação, a coleta, o registro, a análise e, finalmente, a comunicação da informação aos usuários.

É tarefa dos contadores transformar dados em informações, pois os dados são simplesmente um conjunto de fatos expressos como símbolos ou caracteres, incapazes de influenciar decisões, até serem transformados em informações.

Existem os princípios e as convenções contábeis que guiam os contadores no tratamento dos dados para transformá-los em informação. Esse processo de seleção de dados que obedece aos princípios e convenções da Contabilidade, juntamente com o modelo de decisão dos usuários, poderia ser considerado como a fronteira do sistema contábil e seu meio ambiente.

A Contabilidade Geral produz informações que influenciarão comportamentos; a menos que as demonstrações contábeis tenham o potencial de influenciar decisões e ações será difícil justificar os custos de prepará-las. A informação é o componente básico das decisões, e a Contabilidade é um sistema de informações especializado, de base financeira, que possibilita aos usuários alocações mais eficientes dos recursos sob sua responsabilidade. A contabilidade não é pois um sistema que encontra finalidade em si mesmo, existe para que os tomadores de decisão a utilizem. O ponto fundamental que se destaca aqui é que as atividades contábeis (coleta, processamento e comunicação da informação) devem estar voltadas ao interesse do usuário e suas decisões.

O impacto das informações será diferenciado à medida que são diferenciados os modelos de decisão dos diferentes usuários.

Do ponto de vista gerencial, o propósito da informação contábil é habilitar a organização a atingir seu objetivo; conclui-se assim que a efetividade da informação contábil de controle é medida pelo grau de atingimento desse objetivo.

O sistema contábil proporciona aos gestores e também aos usuários externos visão geral da organização, servindo de ligação entre outros sistemas de informação, como marketing, recursos humanos, pesquisa e desenvolvimento e produção; nele as informações produzidas pelos outros sistemas são expressas em termos financeiros, tornando possível desenvolver uma estratégia para atingir os objetivos da organização.

Quando usada no processo de controle, a informação contábil reveste-se de grande importância, pois, além de prestar-se como padrão e feedback para o processo, pode também ser usada como medida de desempenho das pessoas envolvidas na gestão das diversas áreas.

A operacionalização de um sistema de informação contábil na gestão econômica, levando em conta a necessidade de diferentes saídas de informação, é formada de um banco de dados, constituído dos arquivos de contabilidade formal, ajustados ou incrementados por dados constituídos dos arquivos de contabilidade

formal, ajustados ou incrementados por dados e informações que serão comunicados internamente, de tratados sobre conceitos de mensuração e métodos de identificação de receitas e custos mais adequados.

### **3.1.1.3 - Planejamento**

Planejamento é a mais básica de todas as funções gerenciais, e a habilidade com que está sendo desempenhada determina o sucesso de todas as operações. Planejamento pode ser definido como o processo de reflexão que precede a ação e é dirigido para a tomada de decisão agora com vistas no futuro.

Teoricamente, a função de planejamento é um aperfeiçoamento na qualidade do processo decisório por uma cuidadosa consideração de todos os fatores relevantes, antes de a decisão ser tomada em conformidade com uma estratégia racional, segundo a qual o futuro da empresa pode ser orientado.

Para se atingir um objetivo baseado num planejamento orçamentário adequado e desejado pela empresas, devemos tratar seus planos de atividades com meios eficazes de alcançá-los, como podemos observar na maior parte dos autores que tratam do assunto em questão.

Prever e planejar os passos positivos, organizar, direcionar e aplicar conhecimentos sólidos torna o orçamento ponto básico dos conceitos e linhas de ação do gestor.

O planejamento consciente de que o administrador deve esforçar-se sistematicamente para exigir e estimular resultados permanente de uma análise da empresa com seus projetos atuais e futuros lastreados em uma conduta operacional e estrutura funcional objetivando um controle e eficiência na saúde financeira e sua direção na empresa.

Ao montar seu “negócio” cabe ao empresário uma visualização do futuro, estimulando sua criatividade, envolvendo parceiros em seu plano de negócios,

avaliando detalhes e recursos existentes, delineando um programa de ações importantes no sucesso objetivado.

#### **3.1.1.3.1 – Planejamento a Longo e a Curto Prazo**

Deve-se considerar que o planejamento deve expressar objetivos administrativos presentes criando bases para o futuro.

É necessário criar instrumentos detalhados das fases proporcionando que o objetivo final seja executável.

A prática de definir conceitos baseando-se no plano a “longo prazo” deve ser alinhado ao plano de “curto prazo”, criando paralelas que se norteiam no resultado final positivo.

O tempo ideal para o planejamento depende das características exclusivas de cada empresa. Deve-se respeitar a sazonalidade específica de cada uma, e assim determinar qual o melhor período a ser planejado.

Pesquisando em vários autores percebemos que é recomendado o prazo de um ano como base para formulação de um orçamento empresarial, deve-se levar em conta o parágrafo anterior visto que cada empresa tem suas características próprias, estabelecendo por si o prazo ideal de um plano perfeito.

Pode-se notar também que os planos periódicos compreendem duas subcategorias, ou seja, o plano de resultados a curto prazo e o plano de resultados a longo prazo ou estratégico.

#### **3.1.1.3.2 - Planejamento de Longo Prazo**

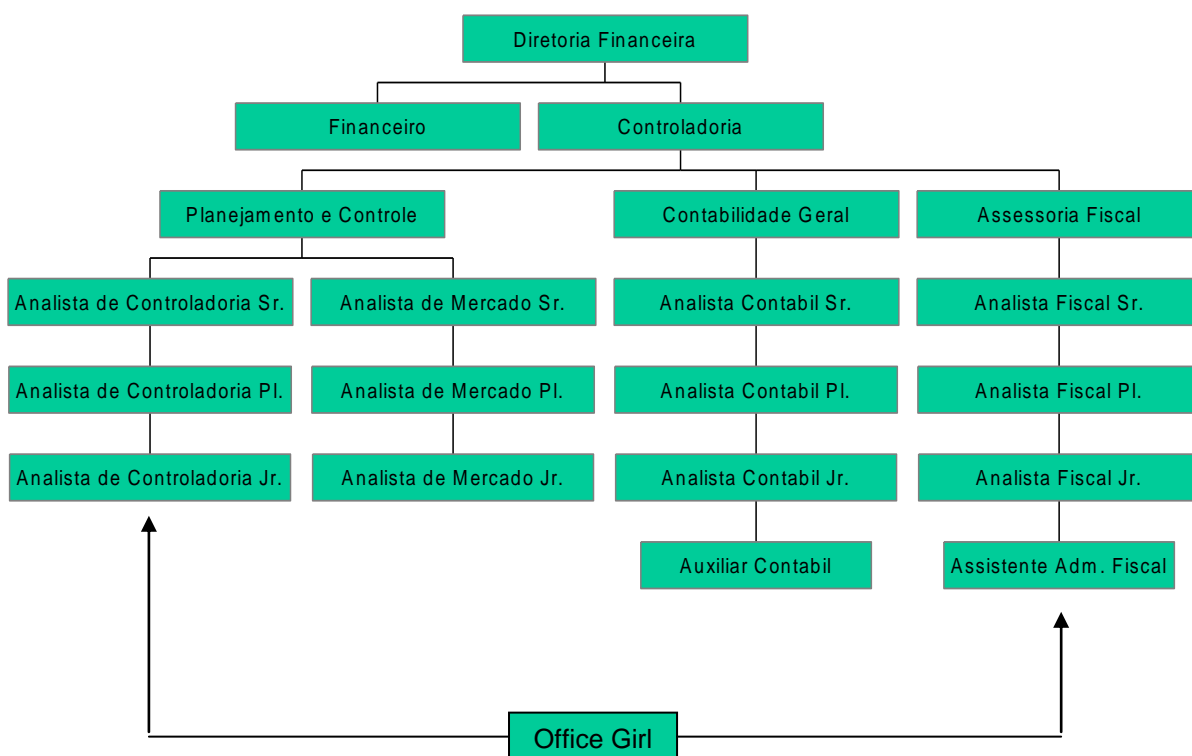
Planos estratégicos a longo prazo exigem do administrador conhecimentos sobre o passado, presente e as prováveis consequências no futuro, criando variáveis confiáveis, principalmente quando tratar de produtos cujo fim dependa da situação econômica atual.

Como exemplo podemos citar que o arroz seja produto que não sofra uma oscilação muito sensível quanto a variação do ouro, no mercado internacional, enquanto que produtos como jóias, entre outros, já sofrem com qualquer alterações no mercado de ouro.

### 3.1.1.3.3 - Planejamento de Curto Prazo

O administrador tende a aceitar melhor os planos a curto prazo, pois pode ter uma margem menor de erros, comum nas economias, podendo ter seu objetivo traçado com mais segurança sem ter que fazer grandes revisões na rota objetivada.

## 3.2 - Do organograma da área



A Controladoria exerce papel de identificar e apontar onde estão as distorções com relação aos custos e despesas, tendo como base comparativa o planejamento desses gastos.

O controle receitas x custos é, sem dúvida, a grande atribuição da Controladoria, que diariamente elabora relatórios gerenciais e mensalmente, prepara as demonstrações financeiras, que subsidiam a Diretoria na tomada de decisões, além de responder pelo Balanço Patrimonial e Demonstrativos de Sobras e Perdas.

Mas a Controladoria tem também outros papéis importantes no dia-a-dia da cooperativa, como o de fornecer subsídios para a área Comercial quando da criação de novos produtos, o de observar os contratos de novos produtos, o de observar os contratos das empresas quanto a utilização do sistema para definição de índices de reajuste, o de acompanhar as mudanças na legislação tributária e as alterações ditadas pela Agencia Nacional de Saúde Suplementar (ANS) o de atender as solicitações do Conselho Fiscal, bem como o de manter o link com a Auditoria Externa e Assessoria de Atuária (PriceWaterhousecoopers e Assistants, respectivamente), entre outros.

Se levarmos em conta que os custos da cooperativa consomem mais de 90% do total arrecadado, sem contar as despesas administrativas, a necessidade de um controle rígido torna-se totalmente indispensável.

### **3.2.1 – Resumo das principais atribuições de cada setor**

#### ***Contabilidade Geral***

É responsável pela organização de adequado sistema de informações gerenciais, permitindo a administração conhecer os fatos ocorridos e os resultados obtidos e esperados das diversas atividades.

No cumprimento deste papel, a Contabilidade Geral tem sob sua responsabilidade, entre outras:

- ✓ A elaboração e apresentação dos balancetes e balanços mensais;



- ✓ A elaboração do orçamento anual, comparando permanentemente o desempenho esperado e o real, classificando as diferenças entre variações de desempenho e estimativas, recomendando medidas corretivas; e
- ✓ Análise financeira e econômica dos contratos mantidos junto aos usuários da cooperativa.

### ***Planejamento e controle***

É responsável pela:

- ✓ Elaboração e acompanhamento do orçamento global.
- ✓ Elaboração de planilha de custos.
- ✓ Apuração de percentuais de reajuste visando equilíbrio dos contratos.
- ✓ Elaboração e manutenção de tabelas de preços.
- ✓ Análises de viabilidade de novos produtos.
- ✓ Avaliação de produtos existentes.
- ✓ Apoio à área comercial.
- ✓ Análise de comportamento das contas de resultado.
- ✓ Rateio dos custos indiretos.
- ✓ Reporte aos departamentos dos custos incorridos.
- ✓ Acompanhamento e reporte dos valores orçados e realizados.

- ✓ Investigação de desvios (orçamento global).

### ***Assessoria fiscal***

Atua diretamente na:

- ✓ Formulação e respostas das consultas no âmbito fiscal e societário.
- ✓ Representação junto a órgãos públicos visando obtenção de atestados ou certidões.
- ✓ Apuração e providências para recolhimentos de impostos.
- ✓ Escrituração e registros dos livros fiscais.
- ✓ Elaboração da declaração de rendimentos.
- ✓ Preparo e envio dos informes de rendimentos de cooperados.
- ✓ Responsável pelo envio de informações aos órgãos municipal, estadual e federal.
- ✓ Preenchimento de informes cadastrais a bancos, fornecedores e bancos, quando solicitados.

### **3.3 - Estrutura da área**

O Setor Controladoria é composto por :

Um Gerente

Uma Assistente Administrativa Fiscal

Um Analista de Mercado Sr.

Uma Analista Fiscal Sr.

Uma Analista Fiscal Jr.

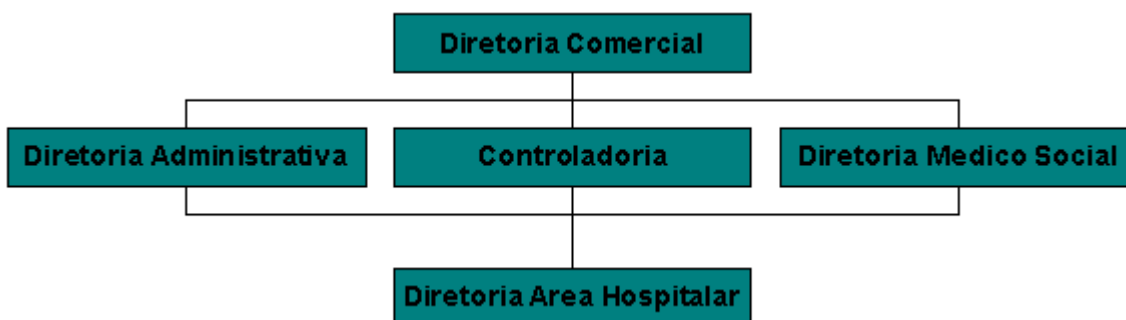
Dois Analistas de Controladoria Sr.

Três Analistas de Controladoria Pl.  
Uma Analista de Controladoria Jr.  
Duas Analistas Contábeis Sr.  
Três Analistas Contábeis Pl.  
Duas Analistas Contábeis Jr.  
Uma Auxiliar Administrativa

### 3.4 - Contribuição da Área para a missão da Cooperativa.

Tem como missão assessorar a gestão da cooperativa, fornecendo mensuração das alternativas econômicas e, através da visão sistêmica, integrar informações e reportá-las para facilitar o processo decisório.

### 3.5 - Diretorias Correlacionadas



A Controladoria é responsável pelas informações encaminhadas para outras áreas, pois é através dela que são emitidos Relatórios Gerenciais com a posição da cooperativa, mas ela também recebe informação de outras áreas.

Segue abaixo o papel de algumas diretorias ligada à Controladoria:

**Diretoria Comercial** atua na área comercial vendendo o produto UNIMED e promovendo a imagem da Cooperativa junto a comunidades que formam, o seu mercado consumidor. Em contrapartida, recebe da Controladoria os valores aptos a serem praticados nas vendas de acordo com a Lei 9656/98.

**Diretoria Administrativa** é responsável pelo cadastro de beneficiários pessoa jurídica, responsável pelo departamento de tecnologia de informação e recursos humanos, além de administrar todos os recursos e bens da Cooperativa. Em contrapartida, recebe da Controladoria os índices aptos para renegociações de contratos já existentes, de acordo com a Lei 9656/98.

**Diretoria Médico-Social** é responsável pelo questionamento da qualidade do produto Unimed, atua junto ao usuário para determinar possíveis falhas no atendimento. Desenvolve também um trabalho sócio educativo junto as Empresas, Secretárias de Médicos Cooperados e Serviços Credenciados, visando melhorar a qualidade do atendimento ao usuário *UNIMED*, atua em conjunto com **a Diretoria da Área Hospitalar e Serviços Credenciados** que é a responsável pelo relacionamento com os hospitais e serviços credenciados. Em contrapartida, recebe da Controladoria indicadores econômicos informando o índice de solicitação/utilização por prestador, por procedimento, por usuário, por empresa e por produto.

### **3.6 – Responsabilidades**

- ✓ A organização de adequado sistema de informações gerenciais que permita à administração conhecer os fatos ocorridos e os resultados obtidos com as atividades;
- ✓ A comparação permanente entre o desempenho esperado e o real;
- ✓ A classificação das variações entre variações de desempenho e de estimativas;
- ✓ A identificação das causas e dos responsáveis pelas variações;
- ✓ A apresentação de recomendações para a adoção de medidas corretivas.

### 3.7 – Funções

**INFORMAÇÃO:** compreende-se os sistemas contábeis-financeiros-gerenciais.

**MOTIVAÇÃO:** refere-se aos efeitos dos sistemas de controle sobre o comportamento.

**COORDENAÇÃO:** visa centralizar informações com vistas na aceitação de planos. A Controladoria toma conhecimento de eventuais inconsistências dentro da empresa e assessora a direção sugerindo soluções.

**AVALIAÇÃO:** interpreta fatos, informações e relatórios, avaliando os resultados por área de responsabilidade, por processos, por atividades, etc.

**PLANEJAMENTO:** assessora a direção da empresa na determinação e mensuração dos planos e objetivos.

**ACOMPANHAMENTO:** verifica e controla a evolução e o desempenho dos planos traçados a fim de corrigir falhas ou de revisá-los (os planos).

## **Capítulo IV – Atividades Desenvolvidas**

---

### **4.1 – Análise introdutória do processo na Operadora**

#### **4.1.1 – Finalidade**

Verificar se a documentação enviada condiz com o que está descrito no envelope; analisar a data em que as informações foram recebidas e o prazo que o nosso departamento jurídico tem para responder tais processos.

#### **4.1.2 – Equipamentos manipulados**

A atividade acima é feita de forma manual e informatizada através do recebimento do ofício da Agência Nacional de Saúde - ANS e, sua posterior inserção em uma planilha de excel contendo as seguintes informações:

- ✓ Processo;
- ✓ Data de Recebimento;
- ✓ Remetente;
- ✓ Assunto; e,
- ✓ Departamento Responsável.

#### **4.1.3 – Periodicidade e quantidade de serviço**

A Agência Nacional de Saúde – ANS - envia as Operadoras um ofício de Aviso de Beneficiário Identificado – ABI - a cada 3 (três) meses. Neste ofício contém informações relativas a procedimentos de alto custo realizados por beneficiários de planos de saúde que utilizam a rede pública de saúde, procedimentos denominados Autorização de Internação Hospitalar - AIH.

#### **4.1.4 – Qualidade do serviço**

A qualidade pode ser verificada através da agilidade com que o Departamento de Controladoria encaminha o ofício ao Departamento Jurídico, contribuindo diretamente no aumento do prazo para respondê-lo.

Cabe-nos ressaltar que as Operadoras têm o prazo tem 30 (trinta) dias para responder o ofício, contados a partir da data de seu recebimento.

#### **4.1.5 – Descrição detalhada da atividade**

Como foi mencionada no item **4.1.2**, essa atividade é executada de forma manual e informatizada, onde:

- ✓ A Controladoria recebe o ofício via correio;
- ✓ O ofício é protocolado, constando a data de recebimento, o nome de quem recebeu e o departamento;
- ✓ Em seguida é registrada sua entrada no controle feito em uma planilha em excel;
- ✓ E, por fim, o ofício é enviado para o Departamento Jurídico.

#### **4.1.6 – Formulário utilizado**

Para a introdução de um processo dentro de uma Operadora, não se faz necessário a utilização de um formulário específico e sim somente a utilização de planilhas de controle.

#### 4.1.7 – Planilha de Controle

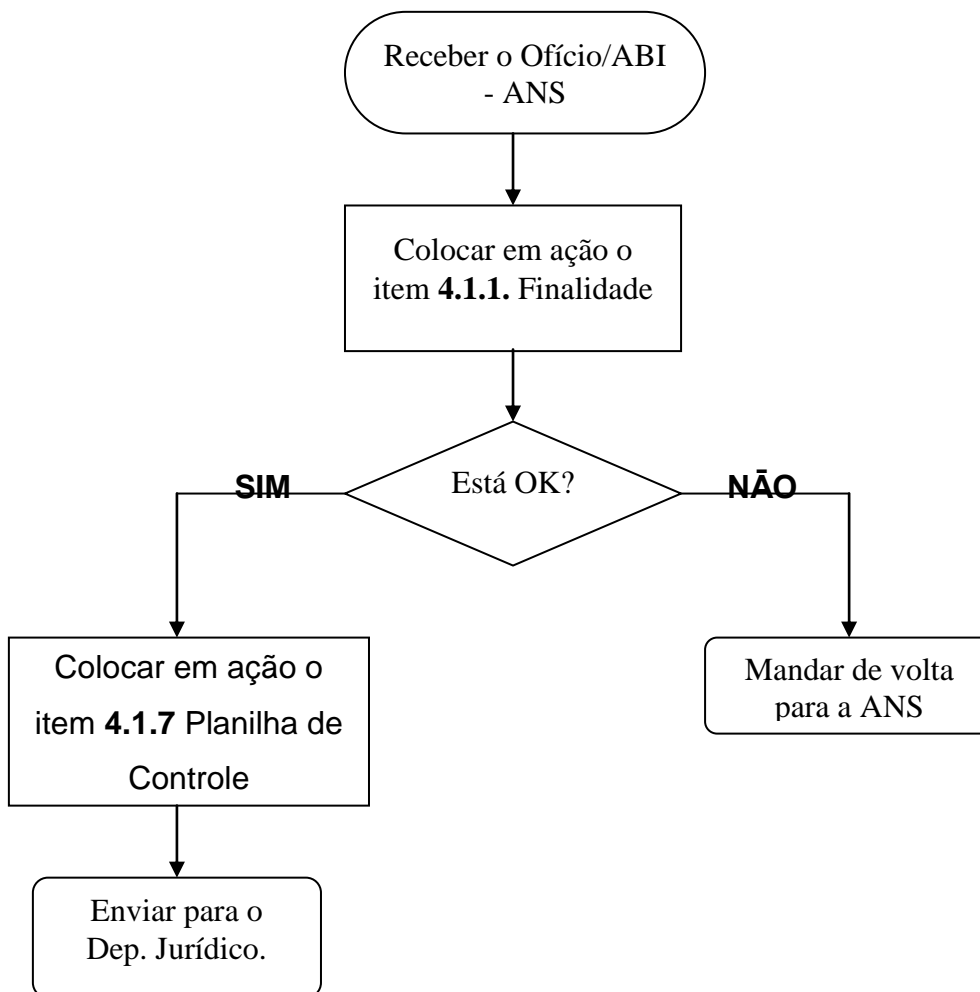
Processo	Data de Receb.	Remetente	Assunto	Dep. Responsável
ANS - 0001/06	01/01/06	Diretoria de Desenvolvimento Setorial	Processo ABI nº 00001/2006	Jurídico

Numero sequencial, renovavel a cada ano

Varia de acordo com o assunto em destaque

Varia de acordo com a necessidade

#### 4.1.8 – Fluxograma





## **4.2 – Análise Jurídica do processo**

### **4.2.1 – Finalidade**

Muitas foram as mudanças introduzidas pela Lei de Planos de Saúde, mas nada que se compare à turbulência causada pela instituição do ressarcimento ao SUS. O artigo 32 da Lei 9656/98 sempre foi alvo de inúmeras críticas, inclusive gerando várias ações que tramitam no judiciário nacional questionando o fundamento desta cobrança.

Esta é a finalidade da análise jurídica no processo, pois em que pese à novidade e abrangência do assunto, as análises tendem a se basearem em fundamentos jurídicos, buscando sempre averiguar a consistência das informações e a legitimidade da cobrança.

### **4.2.2 – Equipamentos manipulados**

A atividade acima é desenvolvida de forma manual e informatizada, dependendo das etapas de desenvolvimento dos processos.

Para se montar um processo é preciso ter um conhecimento amplo sobre o assunto e, em caso de apoio utiliza-se a internet, pois ainda não foram publicados livros tratando-se de tal assunto, exceto os já elaborados pelas próprias Operadoras e, entidades de classe.

### **4.2.3 – Periodicidade e quantidade de serviço**

Os ABI's são encaminhados TRIMESTRALMENTE pela ANS diretamente a Operadora, através de ofício com AR e, também estão disponibilizados pelo módulo PTA – Produto/Sistema de transmissão/recebimento de arquivos, (sistema disponibilizado no site da Agência [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)).

Para a apresentação de Impugnação ou pagamento em 1ª Instância:

- ✓ A Operadora terá um prazo de 15 dias para efetuar o pagamento dos valores referentes à utilização; ou
- ✓ Dentro de 30 dias corridos, poderá apresentar a ANS a solicitação de Impugnação.

Para a decisão da ANS – 1ª Instância:

- ✓ O prazo para emissão da decisão em 1ª instância por parte da ANS é de 30 dias a serem contados a partir do protocolo da solicitação de Impugnação;
- ✓ Para os casos de Impugnação Técnica, o prazo supracitado começará a ser contado a partir da data do recebimento do processo no Ministério da Saúde. (Esta remessa é efetuada pela Agência Nacional de Saúde – ANS – a Secretaria de Assistência à Saúde – SAS);
- ✓ Para análises que envolvam outra esfera do governo, a SAS – Secretaria de Assistência à Saúde poderá prorrogar o referido prazo para até 90 dias;
- ✓ Concluída a análise, a ANS encaminhará, mediante AR, a sua decisão acompanhada do boleto de cobrança, sendo o caso.

Para a apresentação de recurso ou pagamento em 2ª Instância:

- ✓ A Operadora disporá de 15 dias para efetuar o pagamento do ressarcimento; ou,
- ✓ Considerando improcedente a cobrança, a Operadora terá o prazo de 10 dias, contados da ciência da decisão, para apresentação do recurso.

Da decisão da ANS – 2ª Instância

- ✓ À partir do recebimento do recurso, a ANS terá prazo de 20 dias, prorrogável mediante justificativa, para emitir parecer da 2ª Instância;

- ✓ Concluída a análise do recurso, a ANS encaminhará, mediante AR, sua decisão à Operadora.

Do pagamento:

- ✓ Sendo o caso (indeferida), a decisão de 2ª Instância será acompanhada do boleto de cobrança, devendo-se proceder o pagamento do mesmo no prazo de 15 dias, contados da data de ciência da respectiva decisão;
- ✓ Não havendo pagamento, bem como solicitação de impugnação ou recurso, a Operadora será inscrita no CADIN e será encaminhado à Dívida Ativa e será encaminhada a cobrança judicial.

A ANS, antecipadamente e apenas para informação das Operadoras, disponibilizará na sua página na internet, em diretório exclusivo de cada Operadora, o detalhamento do débito (DFC), os boletos de cobrança, bem como as decisões relativas às solicitações de impugnações e recursos.

#### **4.2.4 – Qualidade do serviço**

A qualidade do serviço pode ser verificada através dos resultados dos processos, onde a maioria dos processos é deferido e, quando indeferidos os pagamentos são realizados através de depósitos judiciais por absoluta falta de amparo legal que a cobrança tem.

#### **4.2.5 – Descrição detalhada da atividade**

Como foi mencionada no item **4.2.2**, essa atividade é executada de forma manual e informatizada, dependendo das etapas em que se encontram os processos.

#### ***Método:***

- ✓ O Depto. Jurídico recebe o ofício do Depto. de Controladoria;

- ✓ Em seguida, observa atentamente o cabeçalho do ABI, pois nela há informações imprescindíveis para o preenchimento correto dos formulários a serem anexados nas impugnações, como:

- Número e competência da AIH;
- Prazo para apresentação das impugnações.

**Obs.:** Para cada AIH a ser impugnada deverá ser constituído um processo.

- ✓ O Depto. Jurídico acessa o módulo PTA – Produto/Sistema de transmissão/recebimento de arquivos – e se conecta via on-line com a ANS. Esta ação tem por finalidade conseguir em arquivo o que foi enviado via papel;

- ✓ Conectado no site da Agência, o Depto. Jurídico importa o arquivo dentro do SPM (Sistema de Produção Médica utilizado pela Unimed Campinas). O SPM automaticamente cruza as informações enviadas pela ANS com o nosso banco de dados, já identificando previamente os motivos de natureza administrativa:

- Beneficiário em carência;
- Usuário do procedimento não é o beneficiário da Operadora (somente para casos de homônimos);
- Procedimento não está coberto pelo contrato;
- Atendimento fora da área geográfica do contrato;
- Contrato não cobre internação;
- Quantidade do procedimento não está coberta pelo contrato;
- Hospital não credenciado;

- Atendimento já pago pela Operadora;
  - Franquia ou co-participação;
  - Outras alegações de natureza administrativa;
  - CPT – Cobertura Parcial Temporária para Lesões ou doenças preexistentes.
- ✓ Os casos não identificados de natureza administrativa passam por uma análise técnica observando:
- Procedimento considerado desnecessário;
  - Procedimento não realizado;
  - Quantidade do procedimento considerado desnecessário;
  - Outras alegações de natureza técnica;
  - Procedimento realizado não é de urgência/emergência.
- ✓ Em seguida, é feito um trabalho de entrar em contato com todos os beneficiários na busca de uma declaração onde identifique a ciência do motivo quando a alegação for administrativa;
- ✓ E, por fim são montados os processos, compostos de:
- Capa, usada para todos os processos de impugnação;
  - Declaração escrita a próprio punho pelo beneficiário de ciência (quando a alegação for administrativa);

- Declaração do Responsável Técnico (quando a alegação for técnica);
  - Texto da Impugnação, que varia de acordo com cada processo; e,
  - Cópia do contrato de prestação de serviços entre o beneficiário e a Operadora (quando a alegação for administrativa).
- ✓ Para finalizar, são enviados os processos à Agência Nacional de Saúde – ANS, através do correio, com AR;
  - ✓ Neste ato, são aguardadas as análises da ANS, e quando respondem...,
  - ✓ Em casos de deferimento, arquivamos o processo;
  - ✓ Em casos de indeferimento fazemos o depósito judicial.

#### 4.2.6 – Formulários utilizados

- Capa usada nos processos de impugnação

#### FORMULARIO DE IMPUGNACAO

Ofício nº  
Processo nº

Natureza da Impugnação ( )	
Tipo de Impugnação ( )	
Motivo da Impugnação ( )	

OPERADORA		
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
Nome do Representante Legal		
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
CNPJ	Registro da Operadora na ANS	Registro do Produto na ANS
<b>00.000.000/0000-00</b>	<b>00000-0</b>	<b>00000000/00-0</b>

AIH	Competencia da AIH	Codigo do beneficiario
<b>0</b>	<b>dd/aa</b>	<b>0</b>

( ) Natureza da Impugnação	1.Administrativa 2.Técnica 3.Administrativa e Técnica
( ) Tipo de Impugnação	1.Total 2.Parcial

**TABELA DE MOTIVOS**

**ALEGACOES ADMINISTRATIVAS**

1. BENEFICIARIO EM CARENCA Indicar clausula do contrato:
2. USUARIO DO PROCEDIMENTO NAO E BENEFICIARIO DA OPERADORA (HOMONIMO)
3. PROCEDIMENTO NAO ESTA COBERTO PELO CONTRATO Indicar calusula do contrato:
4. ATENDIMENTO REALIZADO FOR A DA AREA DE ABRANGENCIA GEOGRAFICA DO PLANO Indicar calusula do contrato:
5. CONTRATO NAO COBRE INTERNACAO Indicar calusula do contrato:
6. QUANTIDADE DO PROCEDIMENTO NAO ESTA COBERTA PELO CONTRATO Indicar calusula do contrato:
7. ATENDIMENTO JA PAGO PELA OPERADORA
8. FRANQUIA OU CO-PARTICIPACAO Indicar calusula do contrato:
13. OUTRAS ALEGACOES DE NATUREZA ADMINISTRATIVA (ESPECIFICAR) Indicar calusula do contrato:
16. CPT - COBERTURA PARCIAL TEMPORARIA PARA LESOES OU DOENCAS PREEXISTENTES Anexar copia da entrevista qualificada
<b>ALEGACOES TECNICAS</b>
9. PROCEDIMENTO CONSIDERADO DESNECESSARIO
10. PROCEDIMENTO NAO REALIZADO
11. QUANTIDADE DO PROCEDIMENTO CONSIDERADA DESNECESSARIA
14. OUTRAS ALEGACOES DE NATUREZA TECNICA (ESPECIFICAR)
17. PROCEDIMENTO REALIZADO NAO E DE URGENCIA/EMERGENCIA

Campinas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Representante Legal

#### 4.2.7 – Planilha de Controle

AIH n	Usuario	Data de Rec	Natureza	Data 1ª Instancia	Data 2ª Instancia	Def/Ind	Observacao
001/06	Edna C. Silva	01/01/06	Administrativa	01/02/06	15/03/06	Ind	Faltou declaracao de ciencia do beneficiario

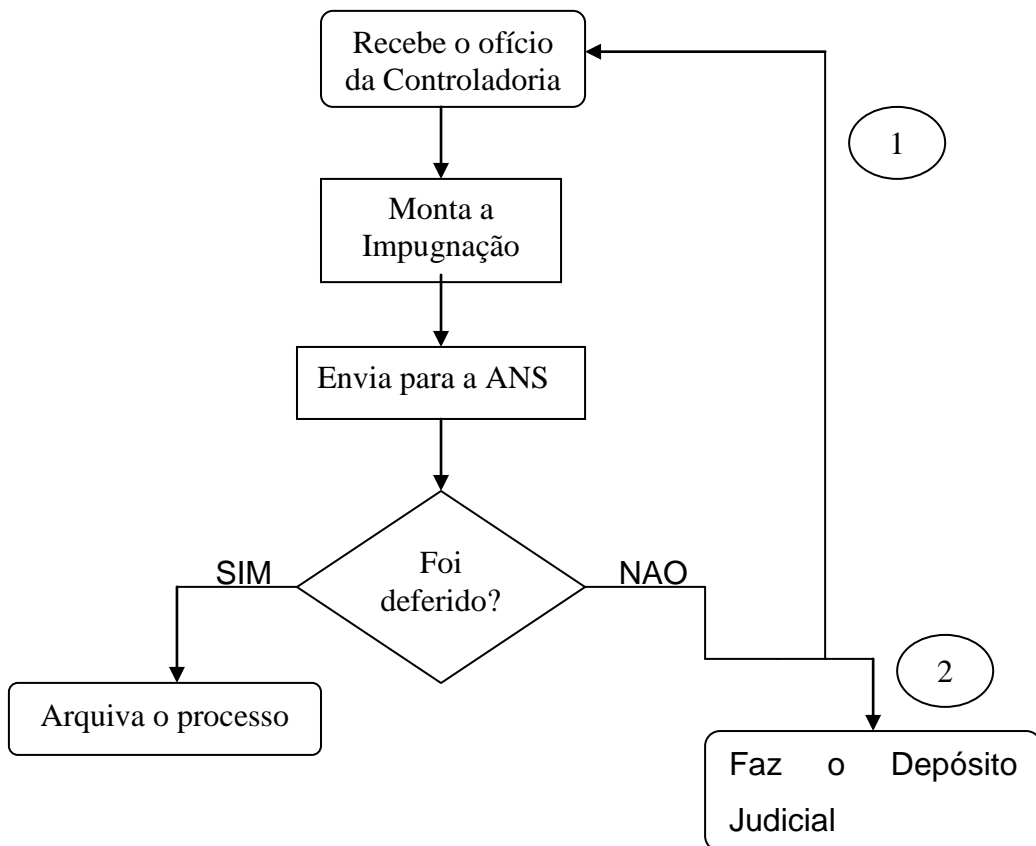
Numero informado no oficio/ANS

Considerado a data de recebimento da Controladoria

30 dias contados a partir do recebimento

15 dias contados a partir do recebimento da resposta da ANS ref. A 1ª Instancia

#### 4.2.8 – Fluxograma





## **4.3 – Análise Contábil do processo**

### **4.3.1 – Finalidade**

O artigo 32 da Lei nº 9.656/98, determina que serão ressarcidos pelas operadoras de planos de saúde, os serviços de atendimento prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS. O ressarcimento deve ser efetuado pelas operadoras à entidade prestadora do serviço, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao SUS, mediante tabela de procedimentos aprovada pela ANS.

Esta análise tem por finalidade acompanhar os processos de ressarcimento ao SUS, deferidos e indeferidos, de modo a garantir dentro de um grupo no Plano de Contas os valores “despendidos” previstos e realizáveis.

### **4.3.2 – Equipamentos manipulados**

A atividade acima é desenvolvida de forma informatizada, utilizando o arquivo enviado pelo SUS, gerando a partir deste os arquivos em TXT, para elaboração e análise do arquivo citado.

Geralmente ao mandar o ofício para o Departamento Jurídico, tira-se uma cópia para o Departamento Contábil.

### **4.3.3 – Periodicidade e quantidade de serviço**

O arquivo é gerado MENSALMENTE, sempre acompanhando os ofícios enviados pela ANS. Nele, são analisados os processos em andamento e os processos indeferidos.

A Administração da Cooperativa, após análise e consubstanciada no parecer de seus consultores jurídicos, efetua provisão dos valores cobrados à título de

atendimentos efetuados por prestadores de serviços não credenciados e para os casos que, após análises efetuadas, não existem argumentos para questionamento da cobrança, constituindo, portanto, em situações de incerteza quanto à suspensão de sua exigibilidade. Os consultores entendem que as chances de êxito nessas questões, nas esferas judiciais, são boas, em face de entenderem, inclusive, que a referida cobrança é inconstitucional.

Todavia, por tratar-se de matéria controversa e pelo fato da extinção da obrigação dar-se-á somente quando for obtida decisão judicial favorável à Cooperativa da qual não caiba mais nenhum recurso, os valores em discussão são consignados nas demonstrações financeiras.

Para as demais cobranças, os consultores jurídicos da Cooperativa entendem que são improcedentes, tendo em vista que se referem a atendimentos efetuados a usuários que não possuíam cobertura contratual ou possuíam cobertura parcial temporária, usuários que se encontravam em período de carência contratual, usuários que não constam no cadastro da Cooperativa, pessoas homônimas e/ou usuários que negam ter utilizado os serviços médicos-hospitalares, usuários que possuem contratos da modalidade de custo operacional, usuários de planos não regulamentados. Para esses casos, a ANS vêm, inclusive, deferindo os pedidos de impugnação de cobrança efetuados por outras operadoras de saúde. Por esse motivo o referido valor não é consignado nas demonstrações financeiras.

#### **4.3.4 – Qualidade do serviço**

A qualidade do serviço pode ser verificada pela operacionalização sem erros desta tarefa, o que vai contribuir diretamente para o gerenciamento dos recursos financeiros da empresa.

#### **4.3.5 – Descrição detalhada da atividade**

Como foi mencionada no item **4.3.2**, essa atividade é executada de forma informatizada, onde:

- ✓ A Contabilidade gera o arquivo com extensão TXT pelo SPM – Sistema de Produção Médica da Unimed;
- ✓ Salva o arquivo na rede;
- ✓ Abri o arquivo pelo excel e, o salvamos com extensão XLS;
- ✓ Classifica as informações por posicionamento, sendo elas por andamento, deferidas e indeferidas;
- ✓ Provisiona os processos que estão em andamento;
- ✓ Lança em uma conta específica dentro da DREM os processos indeferidos. Estes devem estar coincidindo com os valores dos depósitos judiciais.

#### 4.3.6 – Formulário utilizado

Utilização da planilha elaborada em excel para análise e controle, não sendo necessária a utilização de formulário específico.

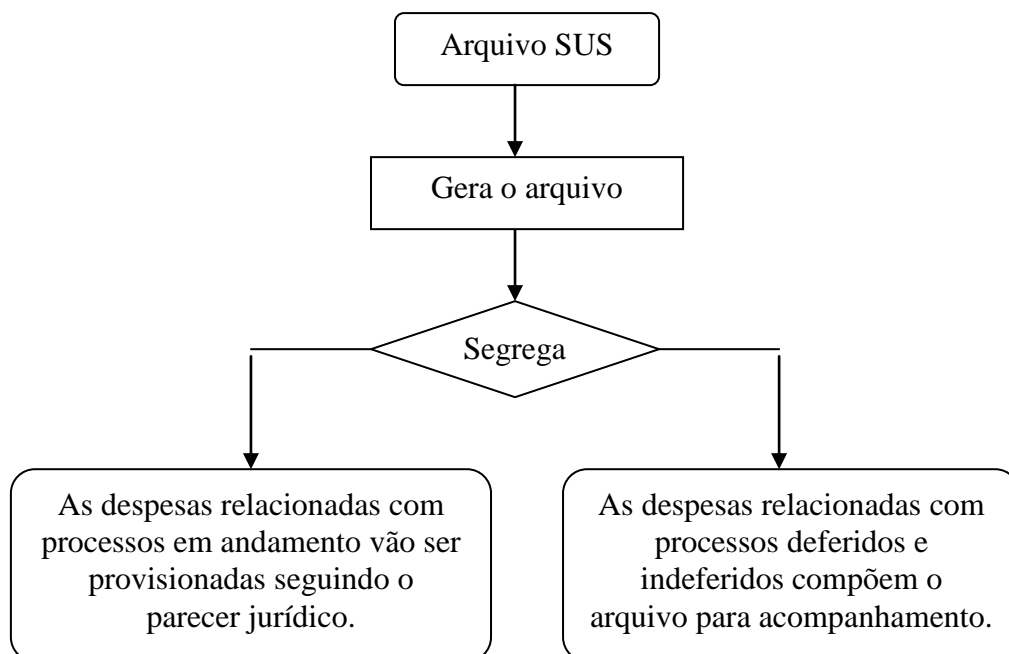
#### 4.3.7 – Planilha de Controle

Processo	Usuario	Alegacao	Def/Ind	\$ AIH
AIH 001	Teresa C. Silva Souza	Beneficiário em carência;	deferido	R\$ 1,00
AIH 002	Teresa C. Silva Souza	Usuário do procedimento não é o beneficiário da Operadora (somente para casos de homônimos);	deferido	R\$ 1,00
AIH 003	Teresa C. Silva Souza	Procedimento não está coberto pelo contrato;	indeferido	R\$ 1,00
AIH 004	Teresa C. Silva Souza	Procedimento não está coberto pelo contrato;	indeferido	R\$ 1,00
AIH 005	Teresa C. Silva Souza	Contrato não cobre internação;	deferido	R\$ 1,00
AIH 006	Teresa C. Silva Souza	Atendimento fora da área geográfica do contrato;	deferido	R\$ 1,00
AIH 007	Teresa C. Silva Souza	Quantidade do procedimento não está coberto pelo contrato;	indeferido	R\$ 1,00
AIH 008	Teresa C. Silva Souza	Hospital não credenciado;	indeferido	R\$ 1,00

CONTROLE DE PROCESSOS JAN/2006

ALEGACAO	ANDAMENTO	DEFERIDO	INDEFERIDO
Beneficiário em carência;	0	1	2
Usuário do procedimento não é o beneficiário da Operadora (somente para casos de homônimos);	1	2	3
Procedimento não está coberto pelo contrato;	2	3	0
Atendimento fora da área geográfica do contrato;	3	0	1
Contrato não cobre internação;	0	1	2
Quantidade do procedimento não está coberto pelo contrato;	1	2	3
Hospital não credenciado;	2	3	0
Atendimento já pago pela Operadora;	3	0	1
Franquia ou co-participação;	0	1	2
Outras alegações de natureza administrativa;	1	2	3
CPT – Cobertura Parcial Temporária para Lesões ou doenças preexistentes.	2	3	0
Procedimento considerado desnecessário;	0	1	2
Procedimento não realizado;	1	2	3
Quantidade do procedimento considerado desnecessário;	2	3	0
Outras alegações de natureza técnica;	3	0	1
Procedimento realizado não é de urgência/emergência.	0	1	2
<b>TOTALIZANDO</b>	<b>21</b>	<b>25</b>	<b>25</b>
	FAZER PROVISAO	ARQUIVAR PROCESSO	FAZER DEPOSITO JUDICIAL

4.3.8 – Fluxograma



## Capítulo V – Diagnóstico do Principal Problema e sugestão de melhoria

---

### 5.1 – Ressarcimento ao SUS

#### 5.1.1 – Finalidade

Compartilhar os riscos, já que inúmeras operadoras vem atuando no mercado de saúde suplementar e, ainda ocorre utilização por parte de seus beneficiários no sistema único de saúde (SUS).

#### 5.1.2 – Problema identificado:

a) A fundamentação da Lei 9.656/98

Em 4 de junho de 1998, foi publicada a Lei Federal n.º 9.656, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, alterada por sucessivas medidas provisórias.

Do texto consolidado da Lei n.º 9.656/98, destacam-se os seguintes dispositivos que serão adiante abordados:

“Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS”.

§ 1º O ressarcimento a que se refere o *caput* será efetuado pelas operadoras à entidade prestadora de serviços, quando

esta possuir personalidade jurídica própria, e ao SUS, mediante tabela de procedimentos a ser aprovada pela ANS.

§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, os gestores do SUS disponibilizarão às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.

§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o décimo quinto dia após a apresentação da cobrança pela ANS, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao respectivo fundo de saúde, conforme o caso.

§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no parágrafo anterior será cobrado com os seguintes acréscimos:

I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;

II - multa de mora de dez por cento.

§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no §3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos.

§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde.

§ 7º A ANS fixará normas aplicáveis ao processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo.

§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas

operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei.

...

Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei.

...

Art. 35-E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que:

I - qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de sessenta anos de idade estará sujeita à autorização prévia da ANS, ouvido o Ministério da Fazenda;

II - a alegação de doença ou lesão preexistente estará sujeita à prévia regulamentação da matéria pela ANS;

III - é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual ou familiar de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 desta Lei;

IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.

§ 1º Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa etária com idade inicial em sessenta anos ou mais, deverão ser adaptados, até

31 de outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições:

I – a repactuação será garantida aos consumidores de que trata o parágrafo único do art. 15, para as mudanças de faixa etária ocorridas após a vigência desta Lei, e limitar-se-á à diluição da aplicação do reajuste anteriormente previsto, em reajustes parciais anuais, com adoção de percentual fixo que, aplicado a cada ano, permita atingir o reajuste integral no início do último ano da faixa etária considerada;

II – para aplicação da fórmula de diluição, consideram-se de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior;

III – a nova cláusula, contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuado e do percentual de reajuste anual fixo, esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação;

IV – a cláusula original de reajuste deverá ter sido previamente submetida à ANS;

V – Na falta de aprovação prévia, a operadora, para que possa aplicar reajuste por faixa etária a consumidores com sessenta anos ou mais de idade e dez anos ou mais de contrato, deverá submeter à ANS as condições contratuais acompanhadas de nota técnica, para, uma vez aprovada a cláusula e o percentual de reajuste, adotar a diluição prevista neste parágrafo.



§ 2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.

§ 3º O disposto no art. 35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo.

...

Art. 36. Esta Lei entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação”.

Em complemento ao art. 32, que trata do “ressarcimento” ao Sistema Único de Saúde, foram editadas normas que regulamentaram o procedimento ora questionado.

A Requerida, através de sua Diretoria Colegiada editou as Resoluções RDC n.º 17 e 18. A primeira dispõe sobre a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP para fins de “ressarcimento” dos atendimentos prestados aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, por instituições públicas ou privadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS. A segunda, regulamenta o “ressarcimento” ao SUS, previsto no art. 32 da Lei n.º 9656/98 (acima transcrito).

A Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS expediu outras cinco resoluções sobre o “ressarcimento” (RE n.º 1, 2, 3, 4, 5 e 6).

Atualmente, a efetividade do ressarcimento está comprometida por um conjunto de fatores:

- ✓ Falta de informações completas nas AIH's, com a ocorrência de homônimos e falhas no preenchimento dos campos relativos a procedimentos e valores, o que impede a correta identificação do usuário e do motivo de internação e, portanto, a cobrança a respectiva operadora;

- ✓ Cerca de 19% de operadoras ativas (443) que não fornecem seus cadastros de beneficiários, em descumprimento sistemático da legislação ou amparadas por medidas judiciais;
- ✓ 123 operadoras obtiveram liminares judiciais contra a cobrança do ressarcimento. O montante financeiro envolvido neste processo (R\$ 134.710 mil) representa 43% do valor passível de cobrança. (É conveniente lembrar que o ressarcimento ao SUS é objeto de uma ADIN não julgada pelo STF)
- ✓ Elevado número de operadoras que não pagam os valores cobrados e que estão em processo de inscrição na dívida ativa da União.

b) As diversas violações ao texto constitucional

A questão que a impetrante ora enfrenta, como já apontado, viola preceitos e garantias constitucionais.

O Estado não pode intervir diretamente na iniciativa privada, pois o artigo 174, da Carta da República disciplina, *in verbis*:

“Artigo 174 – Como agente normativo e regulador da atividade econômica, o estado exercerá, na forma da lei, as funções de fiscalização, incentivo e planejamento, sendo este determinante para o setor público e INDICATIVO PARA O SETOR PRIVADO.”(grifos nossos)

Assim, temos que as diretrizes devem ser apenas parâmetros, já que vedada a interferência estatal nas cooperativas, e devem respeitar os comandos normativos da ordem jurídica, para se manter o equilíbrio social, não podendo alterar as regras econômicas, comerciais e civis, de forma a impedir o fluxo natural do equilíbrio de mercado. O Governo precisa garantir e permitir que a iniciativa privada tenha regular desenvoltura de suas atividades, para gerar investimentos necessários, que ele, enquanto Governo, não conseguiu, especialmente quando a carga tributária não mais permite aumento.

O sentido da desestatização, em princípio, é de avanço; a criação de agências para disciplinar certos setores de mercado é uma realidade. Entretanto, é preciso aparar arestas, definir as competências de acordo com a CF, e normatização derivada, pois o que vemos hoje em dia é outro extremo, ou seja, as agências extrapolam a sua competência originária, mandam e desmandam, fazendo do mercado, um verdadeiro laboratório, um tubo de ensaio (ex. a expedição de inúmeras resoluções e logo em seguida, a sua retirada de vigência).

Neste contexto, pondera-se que se a ação direta de inconstitucionalidade e outras ações forem julgadas procedentes, a ANS cairá em total descrédito e terá que rever toda a sua sistemática de funcionamento e o seu contrato de gestão. Caso contrário, se improcedentes, estará instaurado o caos das operadoras. E, se hoje o sistema privado de saúde tem 90% de sua receita proveniente do atendimento às operadoras de plano e seguro-saúde, com a quebra destas operadoras, ocorrerá o efeito dominó, que evidenciará a total ruína do sistema privado de saúde, impedindo o acompanhamento tecnológico, uma vez que não haverá novos investimentos, o que vai contribuir, ainda mais, para o sucateamento da rede pública de saúde.

### ***Da Violação do Art. 195, § 4º da Constituição Federal - Inexistência de Fundamentação Constitucional***

A Lei n.º 9.656/98, em seu artigo 32, instituiu nova fonte de custeio para a Seguridade Social, na medida em que o art. 195 da Constituição Federal estabelece as fontes ordinárias de financiamento da Seguridade Social, quais sejam:

1-Recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios;

2-Contribuições Sociais:

I – do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre:

a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício;

b) a receita ou o faturamento;

c) o lucro;

II – do trabalhador e dos demais segurados da previdência social não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social de que trata o art. 201;

III – sobre a receita de concursos de prognósticos.

Por outro lado, o citado art. 32 da Lei n.º 9.656/98, estabelece expressamente, que os valores a serem ressarcidos podem ser superiores aos praticados pelo SUS.

Art. 32 - § 8º : “Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei.”

Nesse sentido, a Portaria n.º 635, de 11.11.99, da Secretaria de Assistência à Saúde, dispôs, expressamente, sobre a destinação dos valores referentes à diferença entre a TUNEP e os valores pagos pelo SUS:

Art. 9º, § 1º. “Após o pagamento, processar-se-á a seguinte repartição:

I - para a unidade prestadora de serviço ou sua entidade mantenedora os valores referentes à diferença entre a TUNEP e os valores já pagos pelo SUS e

II - para os gestores, o ressarcimento dos valores pagos pelo SUS, da seguinte forma:

a) 50% (cinquenta por cento) serão depositados para o gestor responsável pelo processamento do ressarcimento; e

b) 50% (cinquenta por cento) para o Fundo Nacional de Saúde por meio do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC)".

Esse mesmo comando foi repetido pela Resolução RE n.º 5, da Diretoria de Desenvolvimento Setorial:

“Art. 17. Os valores ressarcidos terão a seguinte distribuição:

I – à unidade prestadora do serviço ou sua entidade mantenedora será creditado o produto da diferença apurada entre os valores da TUNEP e os valores constantes da Tabela do SUS;

II – aos gestores responsáveis pelo processamento serão creditados os valores constantes da tabela do SUS, na forma definida em portaria pela Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.”

A Resolução RDC n.º 62, da Diretoria Colegiada e a RE n.º 6, da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, apesar de não especificarem essa distribuição, remetem à Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde a atribuição de dispor sobre a destinação dos valores ressarcidos pelas operadoras à ANS.

Aquela Secretaria assim definiu pela Portaria SAS n.º 168, de 21 de maio de 2001:

“Art. 7º Definir que o repasse dos valores ressarcidos pelas operadoras de que trata o art. 5º da Resolução ANS - RDC n.º 62/2001, dar-se-á da seguinte forma:

I - à unidade prestadora de serviço ou sua entidade mantenedora serão creditados os valores referentes à diferença entre a TUNEP e os valores já pagos pelo SUS; e

II - ao Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC), por meio do Fundo Nacional de Saúde, será creditado o valor anteriormente pago pelo SUS.”

Como se vê, o pretense “ressarcimento” corresponde, em verdade, a uma nova fonte de custeio para a Seguridade Social, além de receita a **entidades privadas** que as operadoras de planos privados de assistência à saúde estariam compulsoriamente obrigadas a financiar, sem qualquer contrapartida. E isto é inegável, na medida em que os valores contemplados na TUNEP – aprovada pela Resolução RDC n.º 17, de 30.03.2000, da ANS - são excessivamente **maiores** que os praticados pelo SUS. Vejamos alguns exemplos:

Expõe-se abaixo o código do procedimento, sua descrição nominal, o valor da Tabela do SUS e o valor da tabela TUNEP, da ANS
40018032 – código
MICRO CIRURGIA DE TUMORES MEDULARES – procedimento
770,81- valor da tabela do SUS
2.713,35 – valor da TUNEP, objeto do ressarcimento, <b>R\$ 1.942,54 a mais !</b>

40221032- código
TRATAMENTO MICROCIRÚRGICO DO CANAL VERTEBRAL ESTREITO- procedimento
1.720,27- valor da tabela do SUS
2.972,48– valor da TUNEP, objeto do ressarcimento, <b>R\$ 1.252,21 a mais !</b>

40222012- código
CRANIOTOMIA PARA CISTOS ENCEFÁLICOS- procedimento
1.576,82- valor da tabela do SUS
3.189,06– valor da TUNEP, objeto do ressarcimento, <b>R\$ 1.612,24 a mais !</b>

40226034- código
SUBSTITUIÇÃO DE CORPO VERTEBRAL- procedimento
2.112,27- valor da tabela do SUS
3.639,23– valor da TUNEP, objeto do ressarcimento, <b>R\$ 1.526,96 a mais !</b>

40237010- código
HIPOFISECTOMIA TRANSESFENOIDAL COM MICROSCÓPIO – procedimento
2.173,73 valor da tabela do SUS
3.728,97 valor da TUNEP, objeto do ressarcimento, <b>R\$ 1.555,24 a mais !</b>

40238016 – código
MICROCIRURGIA DO TUMOR CEREBRAL COM ASPIRADOR- procedimento
2.339,05 valor da tabela do SUS
4.035,22 valor da TUNEP, objeto do ressarcimento, <b>R\$ 1.696,17 a mais !</b>

46800018- código
TRANSPLANTE DE CORAÇÃO- procedimento
12.709,99 valor da tabela do SUS
22.369,56 valor da TUNEP, objeto do ressarcimento, <b>R\$ 9.659,57 a mais !</b>

46800085- código
TRANSPLANTE DE FÍGADO- procedimento
29.656,84 valor da tabela do SUS
52.196,01 valor da TUNEP, objeto do ressarcimento, <b>R\$ 22.539,17 a mais !</b>

46800204- código
TRANSPLANTE MEDULA ALOGÊNICO APARENTADO- procedimento
25.420,14 valor da tabela do SUS
44.485,21 valor da TUNEP, objeto do ressarcimento, <b>R\$ 19.065,07 a mais !</b>

81001010- código
EXPLORAÇÃO DIAGNÓSTICA DA EPILEPSIA- procedimento
7.049,81 valor da tabela do SUS
12.337,15 valor da TUNEP, objeto do ressarcimento, <b>R\$ 5.287,34 a mais !</b>

E qual seria o fundamento legal que ampara tal prática ? Nenhum ! Trata-se de expropriação do patrimônio privado!

Esta prática ofende garantia constitucional do direito de propriedade, uma vez que exige valores que superam o *quantum* que o SUS efetivamente utilizou para o procedimento.

“Artigo 5º - Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos

estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos seguintes termos : ( . . . )”

Segundo José Afonso da Silva em sua prestigiada obra *Curso de Direito Constitucional Positivo* (São Paulo, 1995, 10ª edição, Malheiros Editores, p. 262 e segs.), *in verbis* :

“A Constituição consagra a tese, que se desenvolveu especialmente na doutrina italiana, segundo a qual a propriedade não constitui uma instituição única, mas várias instituições diferenciadas, em correlação com os de diversos tipos de bens e de titulares, de onde ser cabível falar não em propriedade, mas em *propriedades*.”

Assim, o capital constitui propriedade privada da pessoa jurídica que, *in casu* encontra-se frontalmente invadida pela ganância da ANS na cobrança de valores que superam a previsão e o efetivo dispêndio do SUS.

A questão prossegue em infrações a outros ditames constitucionais.

Verifica-se que não foi observado o § 4º, do art. 195, da Constituição Federal que exige Lei complementar para a instituição de outras fontes destinadas à garantir a manutenção ou a expansão da Seguridade Social, *in verbis*:

“Art. 195 – A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais :

( . . . )

§ 4º A lei poderá instituir outras fontes destinadas a garantir a manutenção ou expansão da Seguridade Social, obedecido o disposto no art. 154, I.”



“Art. 154. A União poderá instituir:

I – mediante lei complementar.....”

Embora o “ressarcimento” tenha manifesta natureza tributária, por tratar-se de uma prestação pecuniária compulsória – art. 3º, do CTN - , é importante observar que o citado § 4º, do art. 195, da Constituição Federal dispõe genericamente sobre outras fontes para a Seguridade Social. Assim, tenham essas outras fontes natureza jurídica tributária ou não, será imprescindível sua instituição através de Lei Complementar.

Em síntese, como a Lei n.º 9.656/98, que criou o “ressarcimento” é uma lei ordinária, a nova exação criada reveste-se de flagrante inconstitucionalidade. A bem da verdade, mesmo que tivesse sido criado (o “ressarcimento”) por lei complementar, ainda assim, seria inconstitucional, como a seguir se verá.

Para melhor aclarar a questão que ora se discute, expõe-se o conceito formal do termo RESSARCIMENTO nas palavras do memorável de Plácido e Silva, *in verbis* :

“ **RESSARCIMENTO.** De *ressarcir*, entende-se o ato pelo qual se cumpre a *indenização*, ou se *satisfaz o pagamento* das perdas ou danos, a que se está sujeito. Desse modo, ressarcimento não equivale a responsabilidade. É o *pagamento* ou a *satisfação da obrigação*, conseqüente da *responsabilidade apurada*. Pela responsabilidade evidencia-se a obrigação. Com o ressarcimento cumpre-se a obrigação : entrega-se ao prejudicado a *prestação*, que refaz, que emenda, que restaura ou que compensa do dano ou prejuízo causado. Ressarcimento é a *reparação do dano*.”(em *Vocabulário Jurídico*, vol. III e IV, ed. Forense, Rio de Janeiro, 1991, página 128)

Concessa vênia, temos que a Lei n.º 9.656/98 **não usa a expressão ‘ressarcimento’ de forma apropriada, vez que este pressupõe a ocorrência de um dano**, conforme acima exposto.

A não ser que o direito constitucional que todo cidadão tem à saúde seja um DANO ao Estado !?

Todas as impropriedades deste instituto que ora se discute, influem diretamente na legalidade de sua existência e exigibilidade.

Passa-se, neste momento, à exposição pormenorizada de outras violações legais, continuando pelo texto constitucional.

### ***Da violação ao art. 196 da Constituição Federal***

A aludida exigência do “ressarcimento” também acha-se eivada de inconstitucionalidade, sob outro aspecto, na medida em que contraria o art. 196 da Carta Magna.

O referido dispositivo constitucional estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado e assegura o acesso universal e igualitário, *in verbis* :

“Artigo 196 – A saúde 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 igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Ressalta à obviedade que, se as operadoras tiverem que efetuar o “ressarcimento” ao SUS, os usuários contratantes de planos de saúde, indiretamente, arcarão com esse ônus. Por outro lado, o cidadão que não for usuário de plano de saúde poderá ser atendido pelo Sistema Único de Saúde sem qualquer dispêndio.

Celso Antônio Bandeira de Mello, com o extrema propriedade, estabelece critérios para identificação do desrespeito ao Princípio da Isonomia:

“A)A primeira diz com o elemento tomado como fator de desigualação;

B)A segunda reporta-se à correlação lógica abstrata existente entre o fator erigido em critério de *discrímen* e a disparidade estabelecida no tratamento jurídico diversificado;

C)A terceira atina à consonância desta correlação lógica com os interesses absorvidos no sistema constitucional e destarte juridicizados.

Esclarecendo melhor: Tem-se que investigar, de um lado, aquilo que é adotado como critério discriminatório; de outro lado, cumpre verificar se há justificativa racional, isto é, fundamento lógico, para, à vista do traço desigualador acolhido, atribuir o específico tratamento jurídico construído em função da desigualdade proclamada. Finalmente, impende analisar se a correlação ou fundamento racional abstratamente existente é “in concreto”, afinado com os valores prestigiados no sistema normativo constitucional. A dizer: se guarda ou não harmonia com eles.

Em suma: importa que exista mais que uma correlação lógica abstrata entre o fator diferencial e a diferenciação conseqüente. Exige-se, ajuda, haja uma correlação lógica concreta, ou seja, aferida em função dos interesses abrigados no direito positivo constitucional. E isto se traduz na consonância ou dissonância dela com as finalidades reconhecidas como valiosas na Constituição.

Só a conjunção dos três aspectos é que permite análise correta do problema. Isto é: a hostilidade ao preceito isonômico pode residir em quaisquer deles. Não basta, pois, reconhecer-se que uma regra de direito é ajustada ao princípio da igualdade no que pertine ao primeiro aspecto. Cumpre que o seja, também com relação ao segundo e ao terceiro. É claro que a ofensa a requisitos do primeiro é suficiente para desqualificá-la. O mesmo, eventualmente, sucederá por desatenção a exigências dos demais, porém quer-se deixar bem explícita a necessidade de que a norma jurídica observe cumulativamente aos reclamos provenientes de todos os aspectos mencionados para ser inobjetével em face do princípio isonômico.” (MELLO, Celso Antônio Bandeira de – O Conteúdo Jurídico do Princípio da Igualdade – Ed. Revista dos Tribunais – 2ª edição – págs. 27 e 28).

Ora, qual a correlação lógica entre o fator de *discrímen* (usuário de plano de saúde) e a não equiparação procedida?

Uma pessoa poderá ser discriminada em relação ao seu direito à saúde com acesso universal e igualitário pelo simples fato de ter um plano de saúde?

É notório que o sistema público de saúde é deficiente, precário e insuficiente para o atendimento de toda a população brasileira. Por conseguinte, uma parcela da população, além de arcar com uma das mais altas cargas tributárias do mundo, vê-se obrigada a contratar um plano privado de assistência à saúde para suprir o que é um dever do Estado.

Não há adequação racional entre o elemento diferencial - ser usuário de um plano de saúde - e o regime dispensado – “ressarcimento” – aos que se inserem na categoria diferenciada. Pelo contrário, os contratantes das operadoras deveriam receber um subsídio estatal em seus planos privados de assistência à saúde, na medida em que pagam por um serviço que deveria ser prestado pelo Estado.

A propósito, Celso Antônio Bandeira de Mello, na obra já citada, pág. 48, assim se manifesta:

“31. Tem-se, pois, que é o vínculo de conexão lógica entre os elementos diferenciais colecionados e a disparidade das disciplinas estabelecidas em vista deles, o “quid” determinante da validade ou invalidade de uma regra perante a isonomia.

Segue-se que o problema das diferenciações que não podem ser feitas sem quebra da igualdade não se adscrive aos elementos escolhidos como fatores de desigualação, pois resulta da conjugação deles com a disparidade estabelecida nos tratamentos jurídicos dispensados.

Esclarecendo melhor: tem-se que investigar, de um lado, aquilo que é erigido em critério discriminatório e, de outro lado, se há justificativa racional para, à vista do traço desigualador adotado, atribuir o específico tratamento jurídico construído em função da desigualdade afirmada.”

Poder-se-ia argumentar que as operadoras de planos de saúde estariam obtendo vantagem quando os seus usuários fossem atendidos na rede pública. Nada mais enganoso, todavia.

Consoante já enfatizado, o contrato celebrado com os usuários é restrito aos serviços prestados pelos médicos cooperados em rede hospitalar própria ou credenciada da operadora.

Por conseguinte, quando um usuário, excepcionalmente e por sua livre iniciativa, for atendido em um hospital integrante do SUS e não pertencente à rede própria ou credenciada da operadora, ressalta à evidência que o citado atendimento não possui cobertura contratual.

Situações diversas que podem ocorrer, mas que se encontram plenamente disciplinadas na Lei n.º 9656/98, são os casos de urgência e emergência, quando

não for possível a utilização dos serviços próprios contratados ou credenciados pelas operadoras, pois nestas hipóteses, a lei já prevê o reembolso direto ao usuário, *in verbis* :

“Art. 12 - São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

(...)

VI - reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados ou credenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada;”

Como de sobejo foi demonstrado, todo cidadão brasileiro, tenha ou não plano de saúde, tem o direito ao acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde.

O exercício de um direito, constitucionalmente assegurado, não pode ser tolhido, ainda que de forma oblíqua.

### c) A ilegitimidade da Agência Nacional de Saúde

Nos termos do inciso II do art. 5º da Constituição da República, *in verbis* :

“ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”.

A ANS vem, reiteradamente, enviando cobranças às operadoras de planos de saúde, na qualidade de cedente, cujo objeto é o “ressarcimento” previsto no art. 32 da Lei de regência.

Acontece que o citado dispositivo não autoriza tal procedimento, pois o art. 32 da Lei n.º 9.656/98 não confere legitimidade à ANS para **receber** os valores relativos ao “ressarcimento”.

Cumprе ressaltar, ainda, que a ANS é uma autarquia e não poderia emitir faturas e, muito menos boletos, que são instrumentos restritos à circulação bancária e só podem ser emitidos por pessoas definidas no Código Comercial e/ou aquelas enumeradas na Lei n.º 5.474, de 19 de julho de 1968.

Apenas por amor ao debate e sem prejuízo das alegações aduzidas, transcrevemos texto extraído da obra Curso de Direito Civil, do festejado mestre Washington de Barros Monteiro, a saber:

“pagamento feito a terceiro desqualificado, que não seja credor ou seu representante legal, não tem efeito liberatório, não exonera o devedor. A sabedoria popular assim consagrou, através de velho adágio: quem deve a Pedro e paga a Gaspar, que torne a pagar. Pagamento a pessoa não credenciada não tem valor, é como se não tivesse sido feito. Quem paga mal paga duas vezes.”

A ANS é parte totalmente ilegítima para cobrar os valores relativos ao “ressarcimento”, bem como o meio eleito – emissão de boletos – é manifestamente contrário às disposições legais vigentes, pois, conforme dita o art. 32 da Lei n.º 9.656/98, as operadoras seriam obrigadas a CREDITAR os valores à entidade prestadora ou ao respectivo fundo de saúde. Além do “ressarcimento” ao SUS ser cristalina mente inconstitucional, a ANS não possui competência para cobrar tais valores e a forma por ela utilizada é ilegal, determinando, assim, a nulidade de todos os boletos emitidos contra as operadoras de planos de saúde.

c) Os Contratos celebrados antes da Lei n.º 9.656/98

Pedido Subsidiário

O artigo 289 do Código de Processo Civil preceitua que :

“É lícito formular mais de um pedido em ordem sucessiva, a fim de que o juiz conheça do posterior, em não podendo acolher o anterior.”

Comentando o aludido dispositivo, o professor ARRUDA ALVIM escreve que:

“... poderá haver formulação de pedido ‘em ordem sucessiva’ (cumulação eventual), onde o autor pede algo que deseja, em primeiro lugar; se, todavia, não puder obter esse algo, já terá formulado outro pedido – sucessivamente àquele – para que o juiz o aprecie já na mesma sentença, tendo negado o pedido precedente. Certamente, se puder atender positivamente ao primeiro pedido, o segundo, *ipso facto*, estará prejudicado.” (in MANUAL DE DIREITO PROCESSUAL CIVIL, Editora Revista dos Tribunais, Volume 2, 7ª edição, página 239).

Nesta ação, a impetrante formula como primeiro pedido a concessão de ordem para a suspensão da exigibilidade da cobrança do “ressarcimento” ao SUS de forma geral e irrestrita, e a abstenção da prática de qualquer ato punitivo (inscrição em dívida, execução e inscrição em cadastros de crédito) tendo em vista a sua flagrante inconstitucionalidade.

Contudo, se assim não entender Vossa Excelência e levando em conta, ainda, o aspecto da irretroatividade da Lei 9.656, de 3 de junho de 1.998, por força de expresse mandamento constitucional, pretende a impetrante em pedido subsidiário, decisão liminar para a suspensão da exigibilidade da cobrança do “ressarcimento” ao SUS em relação a usuários de planos de saúde oriundos de contratos firmados antes da vigência do aludido diploma legal.



Assim, é sabido que o Direito Pátrio vigente tem como regra a irretroatividade da lei nova.

Nem se diga, aqui, que a Lei 9.656/98, por se tratar de texto legal com caráter de ordem pública, seria passível de retroagir.

Ora, MM. Juiz, se de um lado, à vista da supremacia dos interesses públicos o governo está autorizado a intervir na economia, via atos legislativos, de outro lado, é certo que tal atuação deve respeitar os princípios consagrados na Constituição Federal e na Lei de Introdução ao Código Civil.

Ademais, quando o dispositivo constitucional diz que “a lei não prejudicará o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a coisa julgada”, não abre espaço para que a lei, ainda que de ordem pública, não se submeta a referida determinação.

Para o renomado professor HUMBERTO THEODORO JÚNIOR:

“Não há na Carta Magna dispositivo algum, no campo da intervenção econômica, que autorize o legislador, a pretexto de ordem pública, a ignorar os direitos fundamentais que a própria Constituição institui, para servir de base ao sistema normativo da Nação”. (Excerto extraído do artigo intitulado “O CONTRATO E A INTERFERÊNCIA ESTATAL NO DOMÍNIO ECONÔMICO” publicado na REVISTA DOS TRIBUNAIS, Volume 675, página 92)

O jurista contemporâneo e magistrado, LUIZ ANTONIO RIZZATTO NUNES, na sua obra MANUAL DE INTRODUÇÃO AO ESTUDO DO DIREITO, publicado pela Editora Saraiva, afirma na página 171 da aludida obra que:

“ ... tem havido certa confusão, especialmente em decisões judiciais, relativamente ao aspecto da retroatividade da norma jurídica, pelo fato de ela ser pública ou privada.

Mas acontece que não é a qualidade da lei que faz com que ela possa ou não retroagir. A Constituição Federal não deixa margem a dúvidas: as garantias estabelecidas contra a retroatividade das leis (o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a coisa julgada), no inciso XXXVI do art. 5º da Constituição Federal, aplicam-se indistintamente contra qualquer espécie de lei.

Não é porque uma lei é de ordem pública que ela pode retroagir, ferindo aquelas garantias.

A Carta Constitucional fala apenas em 'lei', donde se deve inferir que está tratando de 'toda espécie de lei'."

Nessa ordem de considerações doutrinárias, impõe-se passar para o âmbito jurisprudencial e mencionar acórdão proferido pelo 2º Tribunal de Alçada Civil do Estado de São Paulo, publicado na REVISTA DOS TRIBUNAIS, Volume 728, página 311, valendo transcrever parte de sua fundamentação, cujo teor contou com decisões do Excelso Supremo Tribunal Federal e manifestação doutrinária de Carlos Maximiliano:

“O Colendo STF, em voto da lavra do eminente Min. Celso de Melo teve ensejo de proclamar que:

‘...os atos legislativos supervenientes não afetam, não modificam, não alcançam e nem se aplicam aos negócios contratuais já celebrados ou, até mesmo, aos efeitos que dele derivam. ‘Os efeitos de contrato em curso no dia da mudança de legislação regulam-se conforme a lei da época da constituição do mesmo’. Esta clássica lição de Carlos Maximiliano (Direito Intertemporal, p. 197, item n.º 168, 1.946, Freitas Bastos) tem constituído o próprio fundamento dos pronunciamentos jurisdicionais desta Corte na resolução do tema. Nesse sentido; cf. RTJ 89/634, rel. Min. Moreira Alves;

RTJ 90/296, rel. Min. Rodrigues Alckimin; RTJ 112/759, rel. Min. Moreira Alves; RTJ 107/394, rel. Min. Rafael Mayer.

O fato relevante traduz-se, portanto, na circunstância de que o ordenamento constitucional brasileiro revela-se incompatível com qualquer intervenção normativa do Poder Público na esfera das relações contratuais privadas, da qual possa resultar ofensa à estabilidade e à integridade dos vínculos negociais pactuados ( ...).

Desvalioso, também, o argumento de que as normas de ordem pública não se sujeitam ao princípio da irretroatividade, certo que o respeito às situações constituídas, por atender à segurança das relações jurídicas, também atende à ordem pública.’

No mesmo sentido, recentemente, decidiu a 1ª Turma do SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL:

“Contratos validamente celebrados - Ato jurídico perfeito - Estatuto de regência - Lei contemporânea ao momento da celebração. - Os contratos submetem-se, quanto ao seu estatuto de regência, ao ordenamento normativo vigente à época de sua celebração. Mesmo os efeitos futuros oriundos de contratos anteriormente celebrados não se expõem ao domínio normativo de leis supervenientes. As conseqüências jurídicas que emergem de um ajuste negocial válido são regidas pela legislação em vigor no momento de sua pactuação. Os contratos - que se qualificam como atos jurídicos perfeitos (RT 547/215) - acham-se protegidos, e sua integralidade, inclusive quanto aos efeitos futuros, pela norma de salvaguarda constante do art. 5º, XXXVI, da Constituição da República. Doutrina e precedentes. Inaplicabilidade de lei nova aos efeitos futuros de contrato anteriormente celebrado -

Hipótese de retroatividade mínima - Ofensa ao patrimônio jurídico de um dos contratantes - Inadmissibilidade. - A incidência imediata da lei nova sobre os efeitos futuros de um contrato preexistente, precisamente por afetar a própria causa geradora do ajuste negocial, reveste-se de caráter retroativo (retroatividade injusta de grau mínimo), achando-se desautorizada pela cláusula constitucional que tutela a intangibilidade das situações jurídicas definitivamente consolidadas.” (Decisão publicada no periódico jurídico REPERTÓRIO IOB DE JURISPRUDÊNCIA, caderno 3, ementa nº 13.208)

Não fosse tudo isso suficiente, a própria Lei 9.656/98 dispõe no *caput* do seu artigo 35 a irretroatividade ora sustentada, *in verbis*:

“Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como aqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei.”

Deve ser ressaltado, também, que a própria Lei 9.656/98 contém um único dispositivo prevendo a aplicação de alguns dispositivos para contratos celebrados anteriormente à sua vigência sem, contudo, fazer qualquer menção ao “ressarcimento” ao SUS – art. 35 – E, transcrito no item 8. Outro dispositivo, desta feita inserto nas medidas provisórias (art. 3º), também não contempla o “ressarcimento” como exceção ao art. 35 da citada lei.

Vê-se, por aí, que não há sequer previsão legal para o “ressarcimento” ao SUS em relação a usuários de contratos antigos (celebrados anteriormente à vigência da Lei n.º 9.656/98).

Por outro lado, ainda que houvesse a previsão legal, consoante já demonstrado, seria tal norma manifestamente inconstitucional.

Assim, como a ANS está exigindo o “ressarcimento”, inclusive em relação aos contratos celebrados antes da Lei n.º 9.656/98, faz-se necessário o presente pedido subsidiário.

d) Do requisito essencial – demonstração cabal da presença do periculum in mora para concessão de medida liminar, ante ao já demonstrado direito líquido e certo da impetrante

Destaca-se neste ponto de forma mais específica, o iminente risco a que a impetrante está sujeita tendo em vista fundado receio de lesão grave e de difícil reparação. Nessa hipótese, *data máxima venia*, deverá o juiz, para evitar o dano, autorizar, vedar ou suspender a prática de determinados atos, como os que se demonstram.

Vale a menção de um julgado acerca do tema, *in verbis* :

“*Periculum in mora*. Caracterização. *Periculum in mora* é dado do mundo empírico, capaz de ensejar um prejuízo, o qual poderá ter, inclusive, conotação econômica, mas deverá sê-lo, antes de tudo e sobretudo, eminentemente jurídico, no sentido de ser algo atual, real e capaz de afetar o sucesso e a eficácia do processo principal, bem como o equilíbrio das partes litigantes.” (Justiça Federal – Seção Judiciária do Espírito Santo, proc. nº 93-0001152-9, Juiz Macário Júdice Neto, j. 12.5.1993)

A Agência Nacional de Saúde ameaça inscrever os supostos débitos oriundos de “ressarcimentos” impugnados administrativamente, em dívida ativa, bem como informar o CADIN acerca destes.

Nessa ordem de considerações, *mutatis mutandis*, cumpre invocar a lição do professor ROQUE ANTONIO CARRAZZA, in CURSO DE DIREITO CONSTITUCIONAL TRIBUTÁRIO, 7ª edição, Malheiros Editores, páginas 168, do seguinte teor:

“De acordo com a regra *solve et repete*, o contribuinte só pode contestar a legitimidade de um tributo após havê-lo pago. É uma regra medieval, que só se justifica quando se entendia que o Fisco, na relação jurídica tributária, ocupava uma posição de preeminência, em face do contribuinte.

Hoje, pelo contrário, é pacífico, inclusive no Brasil que, na relação jurídica tributária, Fisco e contribuinte estão em pé de igualdade, pela idêntica subordinação de ambos à lei.

Assim, esta regra anacrônica – que Berliri comparava à tortura e Micheli sempre vergastou -, que põe uma arma temível nas mãos do Fisco (na realidade mais forte do que o contribuinte), está praticamente banida dos ordenamentos jurídico-tributários do mundo ocidental.”

Não bastasse isso, há também o fato de que com a “inadimplência ao ‘ressarcimento’ ao SUS”, a Agência Nacional de Saúde não registrará, tampouco autorizará a impetrante a comercializar os seus produtos (planos de saúde), levando a um estado de inanição comercial que poderá conduzi-la ao desaparecimento do mercado. Mas não é só. Há ainda a ameaça de registro no CADIN, cujas conseqüências são sabidamente graves, bem como o impedimento de participar de concorrências públicas e solicitar parcelamentos de débitos tributários, consoante a regra do § 3º do artigo 195 do Texto Constitucional de 1988, *in verbis* :

“A pessoa jurídica em débito com o sistema da seguridade social, como estabelecido em lei, não poderá contratar com o Poder Público nem dele receber benefícios ou incentivos fiscais ou creditícios.”

Doutra parte e lembrando PIERO CALAMANDREI, o *periculum in mora* tal não é “o perigo de dano jurídico, o qual se pode, em certos casos, obviar com a tutela ordinária, é, sim, o perigo específico daquele ulterior dano marginal que pode derivar-se do atraso, conseqüência inevitável da lentidão do processo ordinário.” (cf. “INTRODUZIONE ALLO STUDIO SISTEMATICO DEI PROVVEDIMENTI CAUTELARI”, Pádua, 1936, página 18).

Daí, lembra ele a característica de jurisdicionalidade da medida liminar, porque ela existe no interesse da Administração da Justiça, pois lhe garante o bom funcionamento e o seu bom nome, ao objetivar a salvaguarda do *imperium iudicis*, ou seja, impede que a soberania do Estado, em sua mais alta expressão, que é aquela da justiça, reduza-se a ser uma tardia e inútil expressão verbal, uma vã ostentação de lentos mecanismos destinados, como a guarda da ópera bufa, a chegar sempre demasiado tarde” (cf. ob. cit. página 144).

O indeferimento de um pedido liminar justo pode tipificar um prestação de justiça tardia e como dizia CARNELUTTI,

“justiça tardia é justiça pela metade” (Studi di Diritto Processuale, Padova, 1925, páginas 242-243).

Cumpre salientar inclusive que a concessão da medida liminar não está sujeita à prestação de garantia por parte da impetrante a título de contracautela.

A questão foi superada com a adoção, pelas turmas que compõem a Seção de Direito Público do Superior Tribunal de Justiça, *in verbis* :

“Satisfeitos os pressupostos essenciais, pela presença dos requisitos exigidos, a liminar é de ser, normalmente,

concedida, independente de condições ou novas exigências”. (STJ – 1ª Seção, ED no Resp. 90.225-DF, rel. Min. Hélio Mosimann, j.23.11.98, não conheceram, dois votos vencidos, DJU 14.12.98, p. 86)

Assim : “Verificados os pressupostos inscritos no art. 7º da Lei 1.533/51, impõe-se ao Juiz conceder a segurança. Não é lícito – salvo em casos expressamente previstos em lei – subordinar a eficácia da medida liminar em mandado de segurança, a prestação de garantia.”(STJ – 1ª Turma, Resp 249.627-SP, rel. Min. Humberto Gomes de Barros, j. 12.12.00, negaram provimento, v.u., DJU 19.3.01, p.75)

Destarte, a concessão da liminar é o único meio capaz de tutelar com celeridade, eficiência e justiça os direitos da impetrante que foram lesados pela inconstitucional exigência do “ressarcimento” ao SUS, cumprindo ainda dizer que a concessão da medida não apresenta perigo de irreversibilidade.

### **5.1.3 – Sugestão de melhoria**

Não deveria existir tal cobrança, já que o cidadão que adere a um plano privado de assistência à saúde não renunciou ao seu direito constitucional de ser atendido pela Rede Pública. De fato esta pessoa tem o direito de opção. Ela poderá, se o desejar, utilizar seu plano privado, ou utilizar-se da rede pública. É mera faculdade, não estando ela obrigada a optar por um ou por outro, estando tal opção no âmbito de sua absoluta e estrita conveniência pessoal.

Assim, pelo menos num juízo provisório, me afigura inconstitucional cobrar do plano de saúde privado um atendimento feito a um contratado daquele, eis que o cidadão, além de não perder o direito de ser atendido pelo Poder Público quando adere a um plano privado de saúde, teria que arcar, ao final, com este ‘ressarcimento’, vez que o plano, obviamente, repassaria o valor desembolsado às mensalidades.



## Capítulo VI - Conclusão

---

A mais de quatro décadas de atuação no Brasil, a saúde supletiva vem passando por intensas transformações, advindo de um cenário complexo, de constantes mudanças nas regras e entrada de novos competidores, tornando premente a criação de um modelo de atendimento à saúde, e que culminou com a fundação das COOPERATIVAS MÉDICAS no Brasil.

A primeira Cooperativa Médica a ser fundada no Brasil foi a Unimed de Santos, criada em 18 de dezembro de 1967 e a segunda, fundada em 17 de dezembro de 1970, foi a Unimed Campinas. Ambas, têm em sua administração como ponto essencial a contenção de custos, procurando eliminar o sistema *fee-for-service* que estimula a utilização de serviços de forma desnecessária e sem controle.

Esse modelo de administração consiste em programar o tipo e o volume de atendimento, disciplinar e canalizar a demanda por serviços de saúde de forma mais racional, oferecendo melhor cobertura a seus beneficiários, reduzindo a hospitalização, dando ênfase à promoção de saúde e à prevenção das doenças, buscando com isso melhorar os resultados sem aumentar os custos, ou se possível, reduzi-los.

Dentro de uma Cooperativa Médica a Controladoria possui um papel importantíssimo, porque é através dela que saem as informações gerenciais auxiliando na tomada de decisão. E também, é através da Controladoria que é ofertada a informação relativa ao custo/benefício, reduzindo o custo da assistência e viabilizando resultados positivos, melhorando as condições de trabalho dos profissionais de saúde e, em especial, agregando valores a seus produtos, oferecendo ampliação dos benefícios sem aumentar os preços dos planos de saúde. Oferecer mais por menos ou pelo mesmo preço praticado.

Os gastos administrativos, quando bem controlados, não aceitam excessos, desperdícios ou ociosidades e, com isso, é possível planejar o crescimento rumo ao

atendimento social de seus beneficiários e possíveis clientes, modernizando seus processos e pensamentos, querendo efetivamente ser competente e competitivo nessa área tão nobre de assistência à saúde.

Com o elevado número de operadoras atuando no mercado de saúde suplementar e, ainda conseqüentes utilizações no Sistema Único de Saúde (SUS), a Agência Nacional de Saúde – ANS, criou um compartilhamento nos riscos, ou seja adotou a metodologia de ressarcimento ao SUS.

A tabela abaixo apresenta o impacto da recusa de pagamento e das ações judiciais sobre o total cobrado para ressarcimento ao SUS, considerando a Carta Constitucional de 1988:

### Impacto da recusa de ressarcimento ao SUS

Maio/2003	R\$ mil
a) Valores cobrados e pagos	44.743
b) Valores cobrados e não pagos	269.524
b.1) Em cobrança:	130.776
Cobranças vencidas e não pagas	163
Cobranças vencidas e não pagas	129.772
Em parcelamento de cobrança	841
b.2) Em processo judicial:	134.710
Liminares	40.328
ABIs suspensas (*)	94.382
b.3) Em liquidação Extrajudicial	4.038
c) Soma (A+B) = valores totais	314.267

Nota: a Inscrição no CADIN antecede a Dívida Ativa e seus valores (R\$ 8.840 mil) estão somados a esta tabela.  
(\* as ABIs suspensas não foram efetivamente cobradas por concessão de liminar judicial)

O curso de Administração Hospitalar foi de grande valia para a montagem desse cenário, contribuindo na análise crítica de todo o processo. As disciplinas de OSM (Organização, Sistemas e Métodos), Planejamento Estratégico, entre outros, foram de fundamental importância, auxiliando na montagem dos processos,

enfatizando a metodologia sistêmica e global de todo o sistema de saúde e, em particular as Cooperativas.

E, esse trabalho vem ao encontro do interesse das organizações em buscar ferramentas gerenciais que otimizem os resultados buscando a excelência empresarial, ampliando seu “market share”.

## **Bibliografia**

---

*Bíblia Sagrada*. São Paulo: Ed. Ave Maria LTDA, 1997.

BALERA, Wagner Balera. *Sistema de Seguridade Social*. 3ª ed. São Paulo: Ed. LTr, 2003.

BOTTESINI, Maury Ângelo; MACHADO, Mauro Conti. *Lei dos Planos e Seguros de Saúde – Comentada e Anotada*. São Paulo. Ed. Revista dos Tribunais: 2003.

CAMILLO, Carlos Eduardo Nicoletti; FERRON, Fabiana. *Monografia Jurídica*. Belo Horizonte: Ed. Del Rey, 2001.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. *Direito Constitucional e Teoria da Constituição*. Coimbra: Ed. Livraria Almedina, 2000.

CARVALHO, Paulo de Barros. *Curso de Direito Tributário*. São Paulo: Ed. Saraiva, 1995.

COÊLHO, Sacha Calmon Navarro. *Curso de Direito Tributário Brasileiro*. Rio de Janeiro: Ed. Forense, 2002.

COIMBRA, R. J. Feijó. *Direito Previdenciário Brasileiro*. Rio de Janeiro: Edições Trabalhistas, 2001.

CRUZ, José Francisco da Graças. *Assistência à Saúde no Brasil: Evolução e o Sistema Único de Saúde*. Pelotas: EDUCAT, 1998.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda, *Dicionário Eletrônico da Língua Portuguesa*.

*Versão 3.0*. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira S/A. Lexikon Informática, 2003.  
\_\_\_\_\_. *Minidicionário da Língua Portuguesa*. São Paulo: Ed. Nova Fronteira S/A., 2000.

FORTEZA, Dulcinéia Zampieri; VIEIRA, Cristiane Maria; BONATTO, Maura de Fátima. *Saúde – Planos Privados de Assistência Suplementar*. Rio de Janeiro: Ed. Forense, 2002.

JUNIOR, José Cretella. *Curso de Direito Tributário*. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária 1999.

LAZZARI, João Batista. *As Fontes de Financiamento do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Ed. LTr, 2003.

MACHADO, Hugo de Brito. *Curso de Direito Tributário*. 20ª ed. São Paulo: Ed. Malheiros Editores LTDA, 2002.

MARQUES, Cláudia Lima; LOPES, José Reinaldo de Lima; PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. *Saúde e Responsabilidade: seguros e planos de assistência privada à saúde*. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 1999.

MARTINS, Ives Gandra da Silva. *Curso de Direito Tributário*. v.1. Belém: Ed. CEJUP; Centro de Extensão Universitária: 1995. \_\_\_\_\_. *Curso de Direito Tributário*. v.2. Belém: Ed. CEJUP; Centro de Extensão Universitária: 1995.

MONTEIRO, Meire Lúcia Gomes Monteiro (Coordenadora). *Introdução ao Direito Previdenciário*. São Paulo: Ed. LTr, 1998.

MONTENEGRO, Antonio Lindbergh C. *Ressarcimento de Danos*. 6ª ed. Rio de Janeiro. Ed. Lúmen Júris, 1999.

NETO, Antonio Joaquim Fernandes Neto. *Plano de Saúde e Direito do Consumidor*. Belo Horizonte: Ed. Del Rey, 2002.

PIETRO, Maria Sylvia Zanella Di. *Direito Administrativo*. São Paulo: Ed. Atlas, 2000.  
VENOSA, Sílvio de Salvo. *Teoria Geral das Obrigações e Teoria Geral dos Contratos*. 3ª ed. São Paulo: Ed. Atlas S.A., 2003, p.199-234. (Coleção de Direito Civil; v.2)

PEREIRA, Caio Mário da Silva. *Instituições de Direito Civil*. 19ª ed. v. I. Rio de Janeiro: Ed. Forense, 2000.

PEREIRA, Caio Mário da Silva. *Instituições de Direito Civil*. 19ª ed. v. II. Rio de Janeiro: Ed. Forense, 2000.

QUEIROGA, Antônio Elias de. *Responsabilidade Civil e o Novo Código Civil*. Rio de Janeiro: Ed. Renovar, 2003.

SILVA, José Afonso da Silva. *Curso de Direito Constitucional Positivo*. São Paulo: Ed. Malheiros, 2000.

SCHWARTZ, Germano. *Direito à Saúde: Efetivação de uma Perspectiva Sistêmica*. Porto Alegre: Ed. Livraria do Advogado, 2001.

TORRES, Ricardo Lobo. *Curso de Direito Tributário*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Renovar, 1998.

CUNHA, Paulo César Melo da. O parcelamento do crédito fiscal como instrumento de regulação. *Revista Diálogo Jurídico*. nº 14. Salvador: 2002. Disponível na internet em: <<http://www.direitopublico.com.br>>. Acessado em 29 de setembro de 2003.

\_\_\_\_\_. A saúde no Brasil. Organização Pan-Americana de Saúde OPAS/OMS. Publicado por ocasião da Conferência Pan-Americana em 1998. Publicação Científica nº 569. Disponível na internet em: <<http://www.opas.org.br/publicmo.cfm?codigo=24>>. Acessado em 29 de setembro de 2003.

MATTA, Amauri Artimos da. Roteiro da Lei de Planos de Saúde. Ministério Público do Estado de Minas Gerais. Procon Estadual. Disponível na internet em : < [http://www. mp.mg.gov.br/procon/legisla/roteiro\\_saude.pdf](http://www.mp.mg.gov.br/procon/legisla/roteiro_saude.pdf) >. Acessado em 23 de setembro de 2003.

BRASIL, Constituição. (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasil, DF; Senado, 1988.

BRASIL, **Código Civil**. Lei 10.406. Coordenação de Giselle de Melo Braga Tapai. 4ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

BRASIL, **Código Tributário**. Organizadora dos textos, Vera Helena de Mello Franco. 3ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

BRASIL, Constituição. (1988). Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Dá nova redação ao art.198 da Constituição Federal, inserindo novos parágrafos.

Mini Códigos - Código Comercial, Código Tributário e Constituição Federal. 3ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2000.

SAÚDE, Lei dos Planos de Saúde. Lei nº 9.656 de 03 de junho de 1988. Disponível na internet em: < <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislação> >. Acessado em 28 de outubro de 2003.

SAÚDE, Lei orgânica de. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. FORTEZA, Dulcinéia Zampieri, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. *Saúde: planos privados de assistência à saúde*. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2002.

LEI nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000. Cria a ANS. Disponível na internet em <<http://www.ans.gov.br/portal/site/legislação>>. Acessado em 28 de outubro de 2003. AÇÃO ORDINÁRIA: Processo nº 2001.38.00.042824-1. 21ª Vara Federal de Belo Horizonte, 2000.

# **ANEXO I**

À

Coordenadoria de Estágios das Faculdades Integradas do Instituto Paulista de Ensino e Pesquisa.

## **RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO DE ATIVIDADES**

Organização / Empresa : Unimed Campinas – Cooperativa de Trabalho Médico
Nome do Supervisor(a) : Gilberto Jorge Pazetto
Área : Contabilidade
Período: 01/03 /2006 a 06/10/2006      Total de Horas no Período : 306      hs.
Estagiário(a) : Edna da Costa Silva

### **AVALIAÇÃO A SER PREENCHIDA PELO SUPERVISOR DO ESTÁGIO NA EMPRESA**

Aspectos Considerados	Pontuação									
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
1. Conhecimento demonstrado no desenvolvimento das atividades programadas.										
2. Cumprimento das atividades programadas										
3. Qualidade do trabalho dentro de um padrão de desempenho aceitável.										
4. Disposição para atender										
5. Disposição para atender prontamente as solicitações (cooperação)										
6. Iniciativa na solução de problemas (independente do supervisor)										
7. Capacidade de sugerir, projetar ou executar inovações ou modificações na Empresa.										
8. Assiduidade e pontualidade no cumprimento de horários.										
9. Responsabilidade e zelo pelo bens da Empresa										
10. Disciplina quanto as normas e regulamentos internos										
11. Facilidade de contatos e interação no ambiente de trabalho										
12. Desenvolvimento do Plano de Estágio										

Assinatura do(a) Supervisor(a)	Carimbo da Empresa
--------------------------------	--------------------

## **ANEXO II**

---

### **AVALIAÇÃO DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO**

Nome do Aluno : Edna da Costa Silva

Empresa em que efetuou o Estágio : Unimed Campinas – Cooperativa de Trabalho Médico

Área em que efetuou o Estágio : Contabilidade

Início do Estágio : 01/03/2006      Término do Estágio: 06/10/2006

Total de meses : 7 meses e 5 dias      Total de Horas : 306 hs

#### **QUESTÕES**

Objetivando sua ambientação houve Apresentação aos demais funcionários?

Durante o estágio desenvolveu entrevistas com gerências?

Procedeu visitas às instalações?

Participou de reuniões para exposições de atividades, organização e produtos da empresa?

Desenvolveu tarefas específicas?

Encontrou dificuldades na sua execução?

Caso tenha respondido afirmativamente a questão acima, como resolveu suas dificuldades?

<b>Sim</b>	<b>Não</b>

Contou com assistência de supervisor?

Desenvolveu relatórios de estágio?

Apresentou a empresa seus(s) relatórios?


Edna da Costa Silva



## ANEXO III

---

### AVALIAÇÃO DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO

Empresa: <b>Unimed Campinas – Cooperativa de Trabalho Médico</b>
Área onde se realizou o Estágio: <b>Contabilidade</b>
Nome do Supervisor: <b>Gilberto Jorge Pazetto</b>
Nome do Estagiário: <b>Edna da Costa Silva</b>
Período de realização do Estágio: <b>de 01/03/2006 a 06/10/2006</b>
Total de Horas: <b>306 hs</b>
Jornada: Integral ( ) Parcial ( <b>X</b> )

**1. Favor assinalar com um X as atividades efetivamente desenvolvidas pelo estagiário**

Planejamento	Pesquisas	Organiz., Sistemas e Métodos	
Laboratório	Desenv. de Processos	Desenvolv. de Produtos	
Desenvolv. de Serviços	Projetos Técnicos	Controle de Qualidade	
Manutenção	Produção	Suprimentos	
Compras	Comercialização	Auditoria	
Finanças	Custos	Distribuição	
Controladoria	Estatística	Administração de Pessoal	
Jurídico	Contabilidade	Almoxarifado	
Benefícios	Encargos	Processamento de Dados	

Outras:

---

**2. O nível de preparo profissional do estagiário foi :**

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( )

Observações que a empresa julga conveniente :

---

---

---

---

**3. Com referência ao nível de integração entre o estagiário e a empresa, assinalar :**

Houve treinamento para adaptação ? Sim ( ) Não ( )

Houve adaptação espontânea ? Sim ( ) Não ( )

O relacionamento do estagiário com o supervisor foi:

Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( )

O relacionamento do estagiário com os colegas foi :

Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( )

Observações que a empresa julga convenientes:

---

---

**4. Com referência ao aproveitamento do estágio pelo estagiário, assinalar :**

Aprendizagem obtida Boa ( ) Regular ( ) Ruim ( )

Interesse demonstrado Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( )

Autonomia Boa ( ) Regular ( ) Ruim ( )

Criatividade Boa ( ) Regular ( ) Ruim ( )

Envolvimento Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( )

**5. No que se refere à utilidade do estágio, favor assinalar :**

Utilidade do estágio para a empresa foi :

Muito Significativa ( ) Parcial ( ) Pouco Expressiva ( )

Utilidade do estágio para o aluno estagiário, foi :

Muito Significativa ( ) Parcial ( ) Pouco Expressiva ( )

Sugestões da Empresa:

---

---

---

Data : 06/10/2006

Gilberto Jorge Pazetto