

# Guia de Leitura Contratual

*Página do  
Contrato*

<i>CONTRATAÇÃO</i>	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual ou Familiar, Coletivo por Adesão e Coletivo Empresarial.	01
<i>SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL</i>	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológico e suas combinações.	01
<i>PADRÃO DE ACOMODAÇÃO</i>	Define a hotelaria do leito de internação nos planos hospitalares. O padrão de acomodação pode ser coletiva ou individual.	02
<i>ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA</i>	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.	01
<i>ÁREA DE ATUAÇÃO</i>	É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal	02
<i>COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS</i>	É o conjunto de procedimentos a que o consumidor tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O consumidor deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	02/03
<i>EXCLUSÕES DE COBERTURAS</i>	É o conjunto de procedimentos a que o consumidor <b>não</b> tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	03
<i>CARÊNCIAS</i>	Carência é o período em que o consumidor não tem direito a algumas coberturas após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o consumidor terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação.	04/05

<b>DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)</b>	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas que o consumidor ou seu responsável saiba ser portador, na época da contratação do plano de saúde.	05
<b>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</b>	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	06/07
<b>VIGÊNCIA</b>	Define o período em que vigorará o contrato.	03
<b>RESCISÃO/ SUSPENSÃO</b>	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	09
<b>REAJUSTE</b>	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores como inflação e uso de novas tecnologias. O reajuste por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do consumidor.	08
<b>CONTINUIDADE DO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)</b>	A existência da contribuição mensal do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria.	08/09

**Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o consumidor deve contatar sua operadora. Permanecendo as dúvidas, pode consultar a ANS pelo site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).**

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Agência Nacional de Saúde Suplementar

Ministério da Saúde



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)  
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040  
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656  
[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)  
[ouvidoria@ans.gov.br](mailto:ouvidoria@ans.gov.br)