

## ANEXO II

# GUIA DE LEITURA CONTRATUAL Plano Stander

### CONTRATAÇÃO

Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser individual, familiar, coletivo por adesão ou coletivo empresarial.

Página do contrato

02

### SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.

02

### ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO

Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.  
Á exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado (s) ou municípios (s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.

02

### COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário 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 beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a quem tem direito.

05  
a  
07

### EXCLUSÕES DE COBERTURAS

É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.

09  
a  
10

## CARÊNCIA

Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.

06

## MECANISMO DE REGULAMENTAÇÃO

São mecanismos financeiros (franquias 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.

11  
a  
12

## VIGÊNCIA

Define o período em que vigorará o contrato.

10

## RESCISÃO/ SUSPENSÃO

A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.

15  
a  
16

## REAJUSTE

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, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o do aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.

13  
a  
14

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

**ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA DO CONTRATO**