



# **MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE E GUIA DE LEITURA CONTRATUAL**

# **ANEXO I**

## **MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE**

### **Direitos de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial**

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto, terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimentos de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.

A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.

O Beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar.

Este direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadoras por parte do contratante (órgão público ou empresa).

### **Cobertura e segmentação assistencial**

Define o tipo de assistência a qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica, odontológica, essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermaria. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas as previstas na Lei nº 9.656/1998.

### **Abrangência geográfica**

Aponta para o beneficiário a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

### **Área de atuação**

É a especificação nominal do(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.

É importante que o beneficiário fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

### **Administradora de Benefícios**

Quando houver participação Administradora de Benefício na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela administradora de Benefícios.

### **Diferenças entre planos individuais e coletivos**

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de planos de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado.

Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial); associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada (coletivo por adesão). Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

## Aspectos a serem observados na contratação ou ingresso em um plano de saúde

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>CARÊNCIA</b>                           | <b>PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES</b>  |   |
|   | É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei 9.656/1998: 24h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.  |   |
| <b>COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)</b> | <b>PLANOS COLETIVOS</b>  |   |
|   | <b>Coletivo Empresarial</b>  | <b>Coletivo por Adesão</b>  |
| <b>COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)</b> | Com 30 participantes ou mais   | Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante. |
|   | Com menos de 30 participantes  | É permitida a exigência de cumprimentos de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.   |
| <b>MECANISMO DE REGULAÇÃO</b>             | <b>PLANOS INDIVIDUAIS, FAMILIARES OU COLETIVOS</b>   |   |
|   | É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui co-participação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato. |   |

|   |  |
|---|--|
| <b>REAJUSTE</b>                                 | <p><b>PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES</b></p> <p>Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa.</p> <p>A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo RN nº 63/2003.</p> <p><b>PLANOS COLETIVOS</b></p> <p>Os planos coletivos <b>não</b> precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrário ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS. O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos.</p> <p>A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.</p> |
| <b>ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO</b> | <p><b>PLANOS INDIVIDUAIS, FAMILIARES OU COLETIVOS</b></p> <p>Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários.</p> <p>Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.</p>  |
| <b>VIGÊNCIA</b>                                 | <p><b>PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES</b></p> <p>A vigência mínima de contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.</p> <p><b>PLANOS COLETIVOS</b></p> <p>A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática</p>  |
| <b>REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO</b>        | <p><b>PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES</b></p> <p>Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses por fraude: e/ou por <b>não</b> pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.</p> <p><b>PLANOS COLETIVOS</b></p> <p>Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecida no seu contrato.</p> <p>A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação de outra parte com antecedência mínima de 60 dias.</p> <p>Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo e titular ou de dependência.</p>   |

## **Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos**

Nos planos coletivos os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congênero, órgão público ou empresa.

### **Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei nº 9656/1998, nos planos coletivos empresariais**

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à co-participação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor.

Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

## **ANEXO II GUIA DE LEITURA CONTRATUAL**

|   |  |
|---|--|
| <b>CONTRATAÇÃO</b>                              | Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/ Familiar, Coletiva por Adesão ou Coletiva Empresarial.   |
| <b>SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL</b>                 | 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.   |
| <b>PADRÃO DE ACOMODAÇÃO</b>                     | Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares: pode ser coletivo ou individual.   |
| <b>ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO</b> | Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência a saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória 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.  |
| <b>COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS</b>    | 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 que tem direito.          |
| <b>EXCLUSÕES DE COBERTURAS</b>                  | 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.  |
| <b>DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)</b>     | Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.  |
| <b>CARÊNCIAS</b>                                | 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. |

|   |   |
|---|---|
| <b>MECANISMO 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.   |
| <b>VIGÊNCIA</b>   | Define o período em que vigora o contrato.  |
| <b>REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUPENSÃO</b>   | A rescisão põe fim definitivamente a vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.  |
| <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 tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.  |
| <b>CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)</b> | A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação. |



Operadora: UNIODONTO DE CAMPOS  
 CNPJ: 03.005.846/0001-02  
 Nº de registro na ANS: 40251-6  
 Nº de registro do produto:  
 Site: [www.uniodontocampos.com.br](http://www.uniodontocampos.com.br)  
 Tel.: (22) 2733.4321 / (22) 2733.9248

Para informar-se sobre estes e outros da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

**ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.**

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

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)

Ministério  
da Saúde



*Agência Nacional de  
Saúde Suplementar*