



- Operadora: Unimed Belo Horizonte Cooperativa de Trabalho Médico
- CNPJ: 16.513.178/0001-76
- Produto: ASSISTENCIAL
- Nº de registro na ANS: 34.388-9
- Nos de registro dos produtos: 467.100/12-7; 459.772/09-9; 459.773/09-7; 456.672/08-6; 436.185/01-7; 456.670/08-0; 456.673/08-4; 436.184/01-9; 456.671/08-8; 433.431/00-1; 433.432/00-9; 474.064/15-5; 474.065/15-3
- Site: <http://www.unimedbh.com.br>
- Tel.: 0800 030 30 03

## Guia de Leitura Contratual

Página do Contrato

<b>CONTRATAÇÃO</b>	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 / 03
<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, odontológico e suas combinações.	01 / 03
<b>PADRÃO DE ACOMODAÇÃO</b>	Define a hotelaria do leito de internação nos planos hospitalares. O padrão de acomodação pode ser Coletiva ou Individual.	01 / 03
<b>ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA</b>	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.	06 / 09
<b>ÁREA DE ATUAÇÃO</b>	É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõe(m) as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	06 / 09
<b>COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS</b>	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.	11 / 16
<b>EXCLUSÕES DE COBERTURAS</b>	É o conjunto de procedimentos a que o consumidor não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	17 / 23
<b>CARÊNCIAS</b>	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.	20 / 25

<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.	21 / 26
<b>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</b>	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), 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.	10 / 15 23 / 25 29 / 32 33 / 34 37
<b>VIGÊNCIA</b>	Define o período em que vigorará o contrato.	30 / 31 36
<b>RESCISÃO/ SUSPENSÃO</b>	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	31 / 32 36
<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.	30 / 31 35
<b>CONTINUIDADE NO 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.	-X-

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.



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)



- Operadora: Unimed Belo Horizonte Cooperativa de Trabalho Médico
- CNPJ: 16.513.178/0001-76
- Produto: ODONTOLOGIA
- Nº de registro na ANS: 34.388-9
- Nºs de registro dos produtos: 456.259/07-3; 456.258/07-5; 459.817/09-2
- Site: <http://www.unimedbh.com.br>
- Tel.: 0800 030 30 03

## Guia de Leitura Contratual

Página do  
Contrato

<b>CONTRATAÇÃO</b>	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
<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, odontológico e suas combinações.	01
<b>PADRÃO DE ACOMODAÇÃO</b>	Define a hotelaria do leito de internação nos planos hospitalares. O padrão de acomodação pode ser Coletiva ou Individual.	-x-
<b>ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA</b>	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.	05
<b>ÁREA DE ATUAÇÃO</b>	É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõe(m) as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	05
<b>COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS</b>	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.	09
<b>EXCLUSÕES DE COBERTURAS</b>	É o conjunto de procedimentos a que o consumidor não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	09
<b>CARÊNCIAS</b>	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.	10

<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.	-x-
<b>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</b>	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), 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.	08 / 10 16
<b>VIGÊNCIA</b>	Define o período em que vigorará o contrato.	15
<b>RESCISÃO/ SUSPENSÃO</b>	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	15
<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.	14
<b>CONTINUIDADE NO 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.	-x-

**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.



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)