

A photograph of two men in business suits sitting at a table, engaged in conversation. The man on the left is smiling and looking towards the man on the right. The man on the right is wearing glasses and looking down at something on the table. The entire image is overlaid with a red tint. In the top left corner, there are two white diagonal lines.

Manual para **Clientes Empresas**



Paraná Clínicas | SAÚDE



Índice

Apresentação 6

O que é Plano de Saúde?

Mutualismo e os Planos Coletivos

Plano de Saúde Coletivo Empresaria 8

O que é Plano de Saúde Coletivo Empresarial?

Paraná Clínicas – Planos de Saúde Empresariais

ANS 10

Cobertura assistencial

Onde os beneficiários podem ser atendidos?

Quais atendimentos estão inclusos no plano?

O que o plano cobre?

O que é Cobertura Parcial Temporária (CPT) e quando a Declaração de

Saúde é solicitada?

O que é Cobertura Parcial Temporária (CPT) e quando a Declaração de

Saúde é solicitada?

Os contratos podem ser rescindidos?

O que é Carência e quando ela é aplicada?


Site da Paraná Clínicas 15

Facilidades do site da Paraná Clínicas

Como acessar o site da Paraná Clínicas

Inclusão de Titulares (e dependentes no mesmo protocolo)

Inclusão de Dependentes posterior ao titular ou Exclusão de Dependentes



Exclusão de Titulares (e exclusão automática dos seus dependentes)
Segunda Via de Carteirinhas
Faturamento Eletrônico
Demonstrativos de Faturamento (incluindo boletos e notas fiscais)
Indicadores de Gestão do Contrato

Movimentação Cadastral **22**

Como é feita a inclusão de beneficiários no plano de saúde?
Onde as carteirinhas são retiradas?
Quando e como posso incluir dependentes?
Upgrade ou Downgrade de plano
Como é feita a exclusão de beneficiários?
Quem tem direito ao Termo de Continuidade?
Os dependentes do aposentado ou ex-empregado demitido ou exonerado também podem continuar no plano?
Quem paga o plano do aposentado ou do ex-empregado demitido ou exonerado a partir de seu desligamento?
Por quanto tempo o aposentado ou do ex-empregado demitido ou exonerado pode ser mantido no plano?

Faturamento **28**

O que é Relação Inicial e Relação Não-Inicial de Funcionários?
O que é Número Mínimo?
O que é e como funciona a Coparticipação?

Reajuste **30**

Quando os planos podem ser reajustados?
Diferença de preço entre Faixas Etárias
O que é Pool de Risco e a quem ele se aplica?



Atendimento

32

CIMs - Centros Integrados de Medicina

Confira a Rede CIM da Paraná Clínicas:

O que é Rede Credenciada?

Pronto-Socorro

Quadro comparativo de urgência e emergência

O que é Atendimento Eletivo?

A importância do Clínico Geral

Quais são os documentos necessários para realizar Consultas e Exames ou Liberar Guias?

Como é feita a Liberação de Guias?

Prazos máximos de atendimento para Consultas, Exames e Internações

O que é Abramge (Associação Brasileira de Medicina de Grupo)?

Pronto-Socorro Odontológico

Declaração de Plano de Saúde para Aproveitamento de Carência

Programas Paraná Clínicas

41

PRIORI

Canais de Atendimento Paraná Clínicas

42

Quais são os canais de atendimento da Paraná Clínicas?

Relações Empresariais

SAC - Serviço de Atendimento ao Consumidor

Ouvidoria



O que é Plano de Saúde?

O plano de saúde é um produto oferecido para pessoas que buscam garantia da cobertura de despesas médicas, hospitalares e ambulatoriais. Ele é oferecido por operadoras de saúde, que são empresas privadas que prestam assistência à saúde através de uma rede de atendimento mediante pagamento de mensalidade.





Mutualismo e os Planos Coletivos

Como o plano de saúde busca proteger as pessoas contra o risco de vir a incorrer em despesas médicas, e como todo risco é incerto, é preciso ter meios para obter o equilíbrio. Um dos meios é o Mutualismo, ou seja, a formação de um grupo de pessoas que colaboram financeiramente para se proteger desse risco. Ao contratar um plano de saúde, os valores pagos individualmente não são suficientes para cobrir despesas médicas como consultas, exames ou internações. Mas quando as mensalidades de um grupo de clientes formam uma reserva forte o suficiente, a operadora de saúde tem condições de arcar com os custos da assistência prestada.

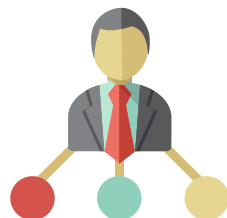
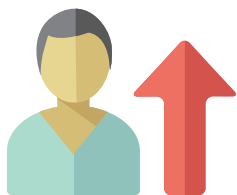
No Brasil, o setor de saúde suplementar teve origem na década de 1980, com empresas e instituições que se organizaram para oferecer cobertura assistencial a seus funcionários. O intuito era melhorar a qualidade de vida destes, reduzindo o índice de absenteísmo por doenças ocupacionais, agudas ou crônico-degenerativas. Atualmente os planos coletivos representam 80% do total de planos privados de assistência à saúde no Brasil, de acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

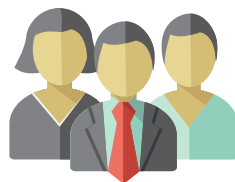


O que é Plano de Saúde Coletivo Empresarial?



Na Saúde Suplementar há três modalidades de plano de saúde: individual, coletivo por adesão e coletivo empresarial. O plano coletivo empresarial é aquele contratado por uma pessoa jurídica a uma operadora de plano de saúde para fornecer assistência médica para seus funcionários, com ou sem seus respectivos familiares. Podem ser beneficiários de um plano coletivo empresarial os empregados ou servidores públicos da instituição contratante de um plano de saúde e, se houver previsão contratual, também poderão participar os demitidos e aposentados (Artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/98), cônjuges e/ou companheiros e filhos de titulares.





Paraná Clínicas - Planos de Saúde Empresariais

No mercado desde 1970, a Paraná Clínicas é referência em Medicina de Grupo ao utilizar o conceito Gestão da Saúde. Tem como foco promover a prevenção, a mudança de atitudes e a adoção de hábitos saudáveis. O aumento da produtividade é um benefício já comprovado pelas mais de 900 empresas parceiras e clientes.

A missão da Paraná Clínicas é promover a gestão da saúde de forma sustentável, garantindo a qualidade dos serviços prestados aos seus clientes. Para atender com excelência, tem como visão ser uma empresa de referência em soluções de saúde corporativa, respeitando os seguintes **valores**:



- **Atuar com foco na satisfação do cliente;**
- **Buscar maneiras de facilitar os negócios conosco;**
- **Combater os desperdícios;**
- **Construir relações de confiança;**
- **Implementar constantemente as melhores práticas no nosso trabalho;**
- **Procurar rentabilidade crescente em nosso negócio;**
- **Ser proativa para identificar e resolver problemas;**
- **Trabalhar em equipe.**



ANS

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a agência reguladora do Governo Federal, vinculada ao Ministério da Saúde, que atua em todo território nacional na regulação, normatização, controle e fiscalização do setor de planos de saúde no Brasil.



Em 1998, foi promulgada a Lei nº 9.656, com a finalidade de regular os planos privados de saúde. Posteriormente, em 2000, a ANS foi criada pela Lei nº 9.961 e passou a definir as regras para saúde visando a garantia da qualidade dos serviços, o acesso dos beneficiários, a sustentabilidade do setor e, conseqüentemente, maior segurança para os consumidores.

Cobertura assistencial

É o conjunto de procedimentos da área da saúde que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar e no contrato assinado do plano de saúde. A segmentação assistencial dos planos da Paraná Clínicas possui cobertura ambulatorial podendo ser com ou sem atendimento hospitalar e com ou sem obstetrícia.

Quais atendimentos estão inclusos no plano?

O plano inclui os atendimentos para consultas, procedimentos diagnósticos e terapêuticos e pré-natal. Dependendo do tipo de contratação, os planos podem ter atendimentos de internação hospitalar e/ou de parto e pós-parto.

O que o plano cobre?

Para os planos novos, ou seja, contratados ou adaptados a partir de janeiro de 1999 (vigência da Lei nº 9.656/1998), a cobertura será a estabelecida pela ANS na lista da cobertura mínima obrigatória pelos planos de saúde, chamada **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde**. Essa cobertura é revista pela ANS a cada dois anos ou quando julgar necessário, através das Resoluções Normativas.

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS pode ser acessado em www.ans.gov.br > Planos de Saúde e Operadoras > Espaço do Consumidor > O que o seu plano deve cobrir.

Se o plano foi contratado antes de janeiro de 1999 e não foi adaptado à Lei, a cobertura será a que estiver determinada no contrato. A qualquer momento, porém, ele poderá ser adaptado ou migrado e passará a ter a cobertura dos planos novos.

O que é Cobertura Parcial Temporária (CPT) e quando a Declaração de Saúde é solicitada?

Nas inclusões de beneficiários no plano de saúde coletivo empresarial, é necessário o preenchimento da Declaração de Saúde nas seguintes situações:

- Solicitações de inclusões de beneficiários titulares e dependentes nas empresas que possuem menos de 30 beneficiários;
- Solicitações de inclusões de beneficiários titulares, fora do prazo previsto contratualmente de vinculação a Pessoa Jurídica Contratante, nas empresas que possuem mais de 30 beneficiários;
- Solicitações de inclusões de beneficiários dependentes, fora do prazo previsto contratualmente de isenção de cobertura parcial temporária (30 dias do nascimento ou casamento civil), nas empresas que possuem mais de 30 beneficiários.

* Para os planos que possuem esta cobertura.



Nesta Declaração, o requerente (titular ou dependente) deverá informar à Paraná Clínicas as doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador, e das quais tenha conhecimento. A omissão da informação é considerada fraude e poderá acarretar a suspensão ou rescisão do plano após sua constatação pelo julgamento por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A Paraná Clínicas poderá aplicar ao beneficiário a Cobertura Parcial Temporária (CPT) nos casos relacionados às doenças ou lesões preexistentes relatadas. Ou seja, não será obrigada a fornecer, pelo período máximo de 24 meses, contados da data da adesão, a cobertura procedimentos de alta complexidade (PAC - atualmente listados e definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde RN 338/2013 e seus anexos), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos. Passado o período máximo de 24 meses a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação assistencial contratada e os limites de cobertura previstos contratualmente.

O beneficiário poderá solicitar Entrevista Qualificada, na qual haverá orientação de um profissional médico credenciado para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

A Paraná Clínicas, às suas expensas, poderá exigir realização de exames ou perícia, anteriores a inclusão do beneficiário, com vistas a identificar doenças ou lesões preexistentes.

Estas regras estão de acordo com o Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência à Saúde e baseadas na Lei nº 9656/98 e Resolução Normativa nº 162/2007 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Os contratos podem ser rescindidos?

Se o período de atraso no pagamento for superior ao prazo estipulado em contrato, a operadora poderá suspender o atendimento e até rescindir o contrato. Os contratos também poderão ser rescindidos em casos de fraude comprovada, declaração de informações falsas, incompletas ou omissão dessas, que influenciem na celebração do contrato.

Os contratos só poderão ser rescindidos sem motivo após a vigência de 12 meses e mediante prévia notificação com antecedência mínima de 30 dias (para planos contratados antes de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei nº 9.656/1998) ou 60 dias (para planos contratados a partir de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/1998).

Vale ressaltar que, quando há notificação da rescisão, durante o período entre a notificação e a efetiva rescisão contratual, as partes ficam impedidas de realizar qualquer inclusão ou exclusão de beneficiários.

Os contratos não preveem cláusula de Remissão, sendo assim, quando há falecimento do titular, o mesmo deverá ser excluído do plano, assim como seus dependentes. Além disso, a operadora poderá excluir a assistência à saúde do beneficiário, sem o consentimento da pessoa jurídica contratante, nos casos de fraude, de perda do vínculo do titular à pessoa jurídica contratante (demissão ou aposentadoria sem contribuição ao plano) ou de término da dependência. Nas duas últimas hipóteses, deve ser obedecida a condição de estarem previstas em regulamento ou contrato.

O que é Carência e quando ela é aplicada?

Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a algumas coberturas. Conforme a RN 195 de 14 de julho de 2009, nos planos empresariais com o número igual ou superior a 30 participantes, os beneficiários que aderirem em até 30 dias da assinatura do contrato coletivo (ou prazo previsto em contrato) estarão isentos de carência. Novos funcionários terão 30 dias a partir da sua vinculação à pessoa jurídica contratante para solicitar o ingresso no plano de saúde e poderem usufruir as mesmas condições.



Caso o ingresso no plano ocorra após esses períodos ou o plano empresarial tenha menos de 30 participantes, poderá ser exigido o cumprimento de carência, cujos prazos máximos são definidos pela Lei nº 9.656/98 (Lei dos Planos de Saúde): 300 dias para partos a termo; 180 dias para consultas, exames, internações e cirurgias; 24 horas para cobertura dos casos de urgência e emergência. É importante ressaltar que a empresa deve consultar no contrato qual a sua tabela de carência e o seu prazo de inclusão.

Situação	Tempo a ser aguardado após a contratação do plano de saúde
Casos de urgência (acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional) e emergência (risco imediato à vida ou lesões irreparáveis).	24 horas
Consultas médicas eletivas em qualquer especialidade médica e exames complementares básicos (Análises Clínicas, Radiologia Convencional e Eletrocardiografia Convencional).	30 dias
Partos à termo, excluídos os partos prematuros e decorrentes de complicações no processo gestacional.	300 dias
Doenças e lesões pré-existentes (quando contratou o plano de saúde, a pessoa já sabia possuir).	24 meses
Demais situações.	180 dias

Para mais informações, acesse o site da ANS www.ans.gov.br

Facilidades do site da Paraná Clínicas

No site da Paraná Clínicas, a estrutura do CIM Água Verde da Paraná Clínicas pode ser conferida através do Tour Virtual 360°.



O site da Paraná Clínicas também disponibiliza vários acessos às empresas, pois possui uma área exclusiva para realizar movimentações cadastrais e consultar gráficos, indicadores de utilização e informações úteis, tais como:

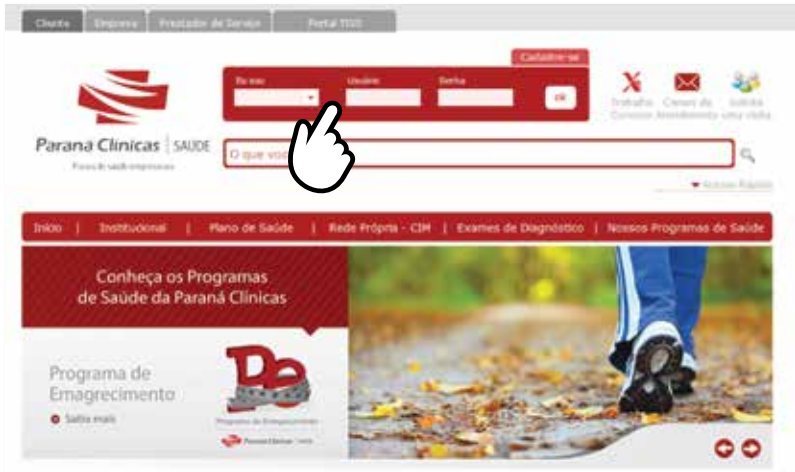
- **Incluir, excluir, alterar e transferir beneficiários;**
- **Solicitar a 2ª via de carteirinhas;**
- **Demonstrativos de faturamento, boletos e notas fiscais;**
- **Relação de beneficiários ativos;**
- **Relatórios de faltantes, atestados e coparticipação (se existir);**
- **Indicadores de consultas;**
- **Indicadores de exames SADT (Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento);**
- **Indicadores de internações e por beneficiários;**
- **Sinistralidade;**
- **Planilha de desempenho.**



Como acessar o site da Paraná Clínicas



Acesse o site **www.paranaclinicas.com.br**, clique em “Eu sou” e selecione “Empresa”. Ao clicar em “Usuário”, abrirá uma tela de login.



Ao entrar na tela de login, digite seu **usuário e senha**.



Inclusão de Titulares (e dependentes no mesmo protocolo)

Menu: Administração – Comunicado Cadastral – Incluir Beneficiários.



The screenshot shows the 'Área Corporativa' interface. The top navigation bar includes 'Administração', 'Relatórios', 'CoParticipação', 'Indicadores', 'Dia Saudável', and 'Ressarcimento'. The 'Comunicado Cadastral' menu is expanded, showing options like 'Área Resulta', 'Consulta Cadastro Beneficiário Ativo', 'Incluir Beneficiários', 'Alterar Beneficiários', 'Excluir Beneficiários', 'Dependentes', 'Transferência de Plano', 'Transferência de Empresa', 'Solicitar Segunda Via do Cartão', 'Envio de Documentos', 'Documentos Pendentes', and 'Documentos Para Cadastro'. A white hand cursor is pointing to 'Incluir Beneficiários'. A 'Bem-vindo!' message is visible in the center.

Inclusão de Dependentes posterior ao titular ou Exclusão de Dependentes

Menu: Administração – Comunicado Cadastral – Alterar Beneficiários.



The screenshot shows the 'Área Corporativa' interface. The top navigation bar is the same as in the previous image. The 'Comunicado Cadastral' menu is expanded, and a white hand cursor is pointing to 'Alterar Beneficiários'. The 'Bem-vindo!' message is visible in the center.

Exclusão de Titulares (e exclusão automática dos seus dependentes)

Menu: Administração – Comunicado Cadastral – Excluir Beneficiários.



*Para maiores informações sobre a exclusão de titulares, consulte a página 34.

Segunda Via de Carteirinhas

Menu: Administração – Comunicado Cadastral – Solicitar Segunda Via de Cartão.





Faturamento Eletrônico

Demonstrativos de Faturamento (incluindo boletos e notas fiscais)

Menu: Relatórios – Demonstrativo de Faturamento.



Paraná Clínicas SAÚDE

Home - Sobre - Acesso Empresa

Atenção integrada a saúde

Área Corporativa

Administração | Relatórios | CoParticipação | Indicadores | Dia Saudável | Ressarcimento | Imprimir | Ajuda | Sair

Table Referencial
Espere Especialidades
Consulta Comunicado Cadastrar
Movimentação de Comunicados
Demonstrativo de Faturamento
Demonstrativo Sintético
Relação de Beneficiários - Analítico
Relação de Beneficiários - Sintético
Carta de Resgate Anual
Emissão de Atestados Médicos
Dependentes com Idade Limitada
Faltantes à Consultas

Bem-vindo!

Para o uso do sistema, clique com o mouse sobre qualquer uma das opções disponíveis no menu.

Paraná Clínicas - Praça de Saúde Empresarial - Pça. Getúlio Vargas, 3321, Água Verde - Curitiba - PR - Brasil F41.3344.2000 ANS nº 350143



Para obter os demonstrativos de faturamento, ao selecionar a empresa, não há necessidade de selecionar o período, apenas clique em "Visualizar".

Indicadores de Gestão do Contrato

Indicadores

Menu: Indicadores.



Estes indicadores contemplam: número de beneficiários, movimentação de beneficiários, número de consultas, exames e internações e sinistralidade do contrato.



Como é feita a inclusão de beneficiários no plano de saúde?

Toda movimentação de beneficiários é feita pela empresa obrigatoriamente através do site da Paraná Clínicas e a empresa deve respeitar o período de inclusão de beneficiários previsto em contrato.



O período de inclusão é o prazo que a empresa tem para colocar os beneficiários no plano de saúde. Os prazos de inclusão mais comuns contratados pelas empresas são:



0-30 dias da admissão do funcionário

30-60 dias da admissão do funcionário

60-90 dias da admissão do funcionário

90-120 dias da admissão do funcionário

Ao escolher o período de inclusão, a empresa não poderá incluir beneficiários no plano antes do período e, se incluir beneficiários após este período, os mesmos entrarão com carência, conforme previsto em contrato. Porém, se a empresa tiver menos de 30 dias, haverá carência inclusive para as inclusões dentro do prazo.

Quando e como posso incluir dependentes?

Cônjuges, companheiros e filhos podem ser dependentes desde que as inclusões sigam todos os critérios de elegibilidade descritos abaixo.

A inscrição de beneficiário dependente (de acordo com os critérios de admissão previstos em contrato) deverá ocorrer juntamente (no mesmo ato – protocolo de inclusão) da inscrição do beneficiário titular no plano, que também deve seguir os critérios de admissão previstos em contrato. Assim, os dependentes terão o mesmo plano contratado e a mesma regra de carência do titular.

Caso seja solicitada a inclusão de dependentes após a inclusão do titular, será obrigatório o cumprimento integral dos respectivos prazos de carência previstos em contrato, exceto para **filho recém-nascido** natural ou adotivo, desde que a inscrição seja solicitada no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados do nascimento ou da adoção.

Para inclusão de **enteados**, se faz necessária a inclusão do pai/mãe biológico como dependente no plano.

Para inclusão de **filhos adotivos**, se faz necessário o envio do documento que comprove guarda definitiva, assinado pelo Juiz (sem documento de guarda definitiva, não ocorrerá a inclusão).

Além disso, a Paraná Clínicas isenta do cumprimento dos prazos de carência o **cônjuge**, desde que a solicitação de inclusão seja feita em até 30 (trinta) dias da data do casamento civil.

Ao **companheiro** não se aplicam as regras de isenção de carência previstas no caso de casamento. Ou seja, no caso de união estável, se a inclusão do dependente for solicitada após a inclusão do titular, é obrigatório o cumprimento integral dos respectivos prazos de carência previstos em contrato.



Tipo de Movimentação	Documentação Necessária
Inclusão de Titular	Cópia do Registro na CTPS ou cópia da Ficha de Registro devidamente identificada com os dados do empregador e empregado, Declaração de Saúde (empresas com até 30 associados inscritos ou inclusões fora do prazo).
Inclusão de Sócios e Diretores	Cópia da última alteração do Contrato Social da Empresa, Declaração de Saúde (empresas com até 30 associados inscritos ou inclusões fora do prazo).
Inclusão de Cônjuge	Cópia da certidão de casamento, Declaração de Saúde (empresas com até 30 associados inscritos ou inclusões fora do prazo).
Inclusão de Companheiro	Escritura Pública de União Estável atualizada na qual ambos os companheiros são declarantes, ou certidão de nascimento de filho em comum acompanhada de declaração de próprio punho de que existe a união estável, com firma reconhecida em cartório, ou ainda certidão de nascimento de filho em comum acompanhada de comprovantes de endereço dos dois companheiros, Declaração de Saúde (empresas com até 30 associados inscritos ou inclusões fora do prazo).
Inclusão de Filho	Cópia da certidão de nascimento, Declaração de Saúde (empresas com até 30 associados inscritos ou inclusões fora do prazo).
Inclusão de Menor sob Guarda ou Tutelado	Cópia da Decisão Judicial atualizada, Declaração de Saúde (empresas com até 30 associados inscritos ou inclusões fora do prazo).
Transferência de Empresa	Cópia do Registro na CTPS ou cópia da Ficha de Registro na Nova Empresa.
Desligamento de Associado	Devolução dos cartões de associados, Declaração de Ciência do Direito à Continuidade do Plano.

Outros documentos poderão ser solicitados conforme o tipo de inclusão.

Upgrade ou Downgrade de plano

Os contratos da Paraná Clínicas não contemplam cláusula para upgrade e downgrade de plano. Porém, se houver cláusula contratual com opção de upgrade e downgrade de plano do beneficiário titular solicitante e seus respectivos dependentes, haverá restrição de 300 dias para upgrade de plano (e acesso à nova rede) e permanência mínima de 12 meses para downgrade.

Para upgrade, a partir da solicitação os valores passarão a ser do novo produto na próxima fatura. Ao final dos 300 dias, as carteirinhas do novo produto estarão disponíveis. Para downgrade, a partir da solicitação a utilização será alterada para o novo produto, novas carteirinhas estarão disponíveis e a próxima fatura será baseada nos valores do produto substituto.

Como é feita a exclusão de beneficiários?

Em atendimento à RN 279/2012 da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, para o pedido de desligamento do beneficiário titular que foi demitido sem justa causa ou aposentado (inclusive aquele que se aposentou e continuou a trabalhar na empresa) e que contribuía para o pagamento do seu plano, será necessário o envio via site do documento “Declaração de Ciência ao Direito da Continuidade no Plano de Saúde”.

Este documento deverá ser preenchido na data da comunicação ao empregado do Aviso Prévio do Empregador, em 02 (duas) vias, sendo uma via do ex-empregado e outra da empresa. Esta Declaração servirá para dar ciência ao ex-empregado do direito à continuidade ao plano e as condições para o exercício deste direito. O ex-empregado que optar pela continuidade no plano deverá comparecer na Central de Serviços da Paraná Clínicas, munido da via da Declaração de Ciência ao Direito da Continuidade no Plano de Saúde e demais documentos exigidos (conforme consta na Declaração), no prazo de até 30 (trinta) dias do início do Aviso Prévio, impreterivelmente. O contato também pode ser feito pelo site da Paraná Clínicas, na aba Fale Conosco.



O desligamento do plano do ex-empregado que tenha direito à continuidade será programado e ocorrerá em, no mínimo, 30 (trinta) dias do início do Aviso Prévio, podendo chegar até 90 (noventa) dias, conforme legislação trabalhista (Lei nº 12.506/2011). Contudo, não serão desligados aqueles que não tiverem anexado via site o documento comprobatório de **ciência ao direito da continuidade no plano de saúde**.



Quem tem direito ao Termo de Continuidade?

Através da RN 279, o aposentado ou o ex-empregado exonerado ou demitido sem justa causa, que contribuía para o custeio do seu plano privado de saúde e que não foi admitido em novo emprego, tem direito ao Termo de Continuidade, ou seja, direito de manter as mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, sem prejuízo de eventuais vantagens obtidas em negociações coletivas. A empresa empregadora deve mantê-lo no plano enquanto o benefício for ofertado para os empregados ativos.

A decisão do aposentado ou o ex-empregado demitido sem justa causa de se manter no plano deve ser informada à empresa empregadora no prazo máximo de 30 dias contados a partir da comunicação do empregador sobre o direito de manutenção do gozo do benefício.

Para que o aposentado ou ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa seja mantido no plano, devem ser observadas as seguintes condições:

- 1. Ter sido beneficiário de plano coletivo decorrente de vínculo empregatício.**
- 2. Ter contribuído com pelo menos parte do pagamento do seu plano de saúde.**
- 3. Assumir o pagamento integral do benefício.**
- 4. Não ser admitido em novo emprego que possibilite o acesso a plano privado de assistência à saúde.**
- 5. Formalizar a opção de manutenção no plano no prazo máximo de 30 dias, contados a partir da comunicação do empregador sobre o direito de manutenção do gozo do benefício.**

O beneficiário titular deve comparecer à Paraná Clínicas com os seguintes **documentos:**

- Declaração de Ciência do Direito à Continuidade no Plano (sendo em 2 vias: uma da empresa e outra para o titular - original);
- Documentos pessoais: RG e CPF (cópias); Certidão de Nascimento para os menores de idade (cópia);
- Comunicação do Aviso Prévio ou Termo Rescisão do Contrato de Trabalho ou, ainda, documentos que comprovem a situação de aposentadoria (cópia) como Carta de Concessão de Benefício, Memória de Cálculo, extrato de Informação de Benefício fornecido pelo INSS, entre outros;

- Termo de Adesão ao Plano ou Autorização de Desconto em Folha de Pagamento (cópia), ou ainda: 1 (um) holerite (original) de cada ano com contribuição ao plano de saúde para demitidos, ou 1 (um) holerite (original) de cada ano com contribuição ao plano de saúde dos últimos 10 anos para aposentados.

Os dependentes do aposentado ou ex-empregado demitido ou exonerado também podem continuar no plano?

O direito ao uso do plano é extensivo obrigatoriamente ao grupo familiar que estava inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, se assim desejar o aposentado ou o ex-empregado demitido ou aposentado. No caso de morte do aposentado ou do ex-empregado demitido ou exonerado, seus dependentes continuam no plano pelo restante do tempo a que o beneficiário titular tinha direito.

Quem paga o plano do aposentado ou do ex-empregado demitido ou exonerado a partir de seu desligamento?

O aposentado ou ex-empregado demitido ou exonerado deve assumir o pagamento integral da mensalidade do plano, ou seja, a soma da contribuição patronal e da contribuição paga pelo empregado durante a vigência do contrato de trabalho.

Por quanto tempo o aposentado ou do ex-empregado demitido ou exonerado pode ser mantido no plano?

O aposentado que contribuiu para o plano de saúde por 10 anos ou mais tem o direito de se manter no plano enquanto a empresa empregadora oferecer esse benefício aos seus empregados ativos e desde que não seja admitido em novo emprego.

O aposentado que contribuiu para o plano de saúde por período inferior a 10 anos poderá permanecer no plano por um ano para cada ano de contribuição, desde que a empresa empregadora continue a oferecer esse benefício aos seus empregados ativos e que não seja admitido em novo emprego.

A manutenção do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa no plano será correspondente a 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenha contribuído para o plano, com um mínimo assegurado de 06 e um máximo de 24 meses.

O aposentado que permanece trabalhando na mesma empresa ou grupo empresarial pode continuar a gozar do benefício no plano de ativos até que se desligue completamente da empresa (pedido de demissão ou demissão com ou sem justa causa) quando deverá passar a gozar dos benefícios garantidos aos aposentados.

Faturamento

A data de fechamento da maioria das faturas da Paraná Clínicas é no dia 20 de cada mês. Os demonstrativos de faturamento (arquivos em Excel e PDF), boletos e notas fiscais estão disponíveis para as empresas no site da Paraná Clínicas. As empresas devem atentar-se na data de vencimento da mensalidade para evitar efetuar o pagamento com atraso.

O que é Relação Inicial e Relação Não-Inicial de Funcionários?

Para os contratos sem proporcionalidade, o faturamento é baseado na relação inicial e na relação não-inicial de funcionários:

- São considerados Relação Inicial os beneficiários que iniciaram no plano no mês de vigência do contrato. Neste caso, o beneficiário primeiro paga a mensalidade para depois utilizar o plano (pré-pagamento), pois a empresa já fez o pagamento para utilização desse funcionário. Sendo assim, se desligado até o dia 20, não será cobrado o mês seguinte. Porém, se o mesmo for desligado no dia 21 a cobrança será integral para o próximo mês.

- São considerados Relação Não-Inicial os beneficiários inclusos no plano após o mês de vigência do contrato. Neste caso, o beneficiário primeiro utiliza para depois pagar (pós-pagamento), pois no momento de sua inclusão não houve pagamento. Sendo assim, se desligado antes do dia 20, a cobrança virá no mês seguinte e, após o dia 20, nos próximos dois meses.



O que é Número Mínimo?

O número mínimo é o menor número de beneficiários estipulado no Termo de Contratação que a empresa deve ter para manter os valores dos planos contratados. Se a empresa possuir número de beneficiários menor que o número mínimo estipulado, o valor restante (correspondente ao número mínimo) será rateado dentre os demais beneficiários. Por exemplo, se a empresa tem número mínimo de 100 vidas e possui 95 vidas cadastradas, serão cobradas 100 vidas, sendo que o valor das 05 vidas restantes será equivalente ao da 1ª faixa do produto base da empresa (menor valor). Assim que a empresa voltar a ter 100 vidas ou mais, a cobrança será de acordo com o número de vidas cadastradas.

O que é e como funciona a Coparticipação?

É a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização do procedimento. Nos planos em que há coparticipação, além da mensalidade, o beneficiário arca com parte do valor de alguns procedimentos quando utilizá-los. Portanto, o valor a ser pago por cada procedimento deve ser menor que o pagamento integral do procedimento.

As coparticipações podem ser de até 50%, são aplicadas para consultas e exames e os descontos são mensais. A cobrança de coparticipação também é feita em caso de falta do beneficiário à consulta. Os demonstrativos de coparticipação das empresas podem ser extraídos no site da Paraná Clínicas.

A cobrança das coparticipações é feita diretamente pela Paraná Clínicas para as empresas que possuem esta modalidade de plano. As empresas podem consultar os valores dos custos e procedimentos praticados pela operadora na **Tabela Referencial**, disponível no site da Paraná Clínicas. Os valores da tabela são reajustados no mês de junho, conforme registro no Cartório do 2º Registro de Títulos e Documentos - RTD de Curitiba sob o nº 711548 e também abrangem os Termos de Continuidade.



Reajuste

Quando os planos podem ser reajustados?

O reajuste dos planos de saúde pode ocorrer em dois momentos:

1. Quando o beneficiário completar uma idade que ultrapasse o limite da faixa etária na qual se encontrava antes, conhecido como “reajuste por mudança de faixa etária”;
2. Anualmente, na data de aniversário do contrato, conhecido como “reajuste anual de variação de custos”. É o aumento da mensalidade em função da alteração nos custos causada pelo aumento do preço, utilização do serviços médicos e pelo uso de novas tecnologias.



Nos planos coletivos, o índice de reajuste por variação de custos é definido conforme as normas contratuais acordadas entre a operadora e a pessoa jurídica contratante, e deverá ser comunicado à ANS até 30 dias após sua aplicação.

Diferença de preço entre Faixas Etárias

Os preços dos planos de saúde são determinados em função dos custos e da frequência de utilização dos procedimentos médicos. Decorrente disso, os preços dos planos podem variar de acordo com as faixas etárias dos beneficiários.

De acordo com a RN 63/2003, a precificação do plano ocorre em até 10 faixas etárias e o valor da mensalidade na 10ª faixa etária pode ser até seis vezes superior ao valor da 1ª faixa. Assim como, a variação acumulada entre a 7ª e a 10ª faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª e a 7ª faixas.



O que é Pool de Risco e a quem ele se aplica?

Pool de Risco é o agrupamento dos contratos coletivos da operadora com menos de 30 beneficiários para efeito de cálculo de aplicação do reajuste. A Resolução Normativa nº 309/2012 prevê que as operadoras de planos de saúde coletivos calculem um reajuste único para estes contratos de acordo com a sinistralidade do grupo. O agrupamento possibilita diluir o risco dos contratos dos planos coletivos com menos de 30 beneficiários, oferecendo maior equilíbrio no cálculo do reajuste. É importante ressaltar que a ANS define as regras para o cálculo desses percentuais. O Pool de Risco se aplica em todos os contratos de planos coletivos com menos de 30 beneficiários firmados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/98. O percentual do reajuste calculado para o agrupamento de contratos deverá ser único e no mês de aniversário do contrato, aplicado a todos os contratos do agrupamento, sendo vedado qualquer tipo de variação ou desconto.



Atendimento

CIMs - Centros Integrados de Medicina

A Paraná Clínicas se caracteriza por possuir unidades próprias de atendimento, os chamados CIMs. Os CIMs são Centros Integrados de Medicina da Paraná Clínicas e neles são realizadas consultas em diversas especialidades, exames e liberação de guias. Além disso, nos CIMs todos os médicos têm acesso ao Prontuário Médico, ou seja, conseguem visualizar o histórico de consultas e ter uma análise completa da saúde do beneficiário, além de facilitar o acesso de outros médicos.

Confira a Rede CIM da Paraná Clínicas:

1. CIM Água Verde - Av. República Argentina, 650, Curitiba - PR
2. CIM Araucária - Rua Manoel Ribas, 100, Araucária-PR
3. CIM CIC - 24h - Rua Manoel Valdomiro de Macedo, 2851, Cidade Industrial - Curitiba - PR
4. CIM São José dos Pinhais - Rua Barão do Cerro Azul, 980, São José dos Pinhais - PR
5. CIM Rio Branco do Sul - Rua Sete de Setembro, 228, Rio Branco do Sul - PR
6. CIM Unidade Infantil - 24h - Av. Batel, 1889, Curitiba - PR
7. CIM Fazenda Rio Grande - Rua Farid Stephens, 215 - Fazenda Rio Grande - PR




O que é Rede Credenciada?

São consultórios, clínicas e hospitais credenciados para atender os beneficiários da Paraná Clínicas. A lista de prestadores da Rede Credenciada é atualizada diariamente no site, basta acessar e fazer a busca pelo plano desejado.

Pronto-Socorro

Poucas pessoas sabem, mas a maioria das situações que hoje lotam os Prontos-Socorros e geram demora no atendimento poderiam ter uma solução muito mais rápida e fácil em outros locais de atendimento médico. No Pronto-Socorro não são realizados tratamentos. Trata-se apenas de um serviço para atendimento de urgência/emergência no qual há encaminhamento posterior a um médico especialista. Deve-se evitar esse tipo de atendimento quando o problema não for de urgência/emergência, visto que não haverá retorno. O Pronto-Socorro não funciona por ordem de chegada e sim pelo grau de enfermidade do paciente. Entender como funciona o sistema de pré-atendimento e aprender a diferenciar casos urgentes de emergentes é o primeiro passo.



Utilize o Pronto-Socorro
somente em casos de
urgência ou emergência



Quadro comparativo de urgência e emergência

Emergência



É a situação que necessita de atenção médica imediata, quando há risco de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados por declaração do médico assistente.

Local de Atendimento

Hospital Santa Cruz.
Endereço: Av. Batel, 1889.

Exemplos de atendimentos de Emergência:

- Complicação de diabetes - Cetoacidose;
- Comprometimento da coluna vertebral;
- Crise convulsiva (inclusive pós-crise);
- Desconforto respiratório grave;
- Dor no peito associada a falta de ar;
- Estado de coma;
- Gestante com complicação na gravidez;
- Intoxicação exógena (medicamentosa);
- Overdose;
- Parada cardiorrespiratória;
- Perfuração no peito, abdômen e cabeça;
- Politraumatismo grave;
- Queimadura grave;
- Reação alérgica que obstrua as vias respiratórias;
- Tentativa de suicídio;
- Trauma crânioencefálico grave.

Urgência



Quando há necessidade de atendimento com rapidez na proporção da gravidade, sem risco de morte iminente, são os casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Locais de Atendimento

CIM CIC e P.A. Clin (no CIM Água Verde, CIM Araucária e CIM São José dos Pinhais).

Exemplos de atendimentos de Urgência:

- Alteração de sinais vitais em paciente sintomático;
- Antecedente com problemas respiratórios, cardiovasculares e metabólicos (diabetes);
- Cefaleia intensa;
- Crise asmática;
- Desmaio;
- Diminuição do nível de consciência;
- Dor abdominal intensa;
- Dor torácica intensa;
- Estado de pânico;
- Febre alta (39/40 oC);
- Hemorragia;
- Histórico de convulsão;
- Intercorrência ortopédica (entorse, suspeita de fratura, luxação);
- Náusea/vômito e diarreia persistentes;
- Retorno com período inferior a 24 horas;
- Sangramento vaginal com dor abdominal;
- Trauma crânioencefálico leve.

Obs.: Pacientes com ferimentos serão encaminhados diretamente para a sala de sutura.

O que é Atendimento Eletivo?

Aquele atendimento agendado, que não se enquadra nos casos de Urgência ou Emergência. Quando o atendimento é eletivo, os beneficiários da Paraná Clínicas têm um serviço exclusivo para agendamento de consultas e exames em suas unidades, o Teleconsultas, através do telefone 41 3340-3030. Para agendamentos na Rede Credenciada, os beneficiários deverão ligar diretamente nas clínicas e consultórios credenciados.

A importância do Clínico Geral

Para casos de um primeiro diagnóstico, recomendamos que o beneficiário consulte um Clínico Geral. Ele é o médico indicado para esclarecer os sintomas, já que possui uma visão global do organismo humano. Além disso, o Clínico Geral está habilitado a realizar a maioria dos tratamentos necessários para as doenças mais comuns. É com ele que se devem fazer os exames preventivos, renovar as receitas e acompanhar a saúde. Se for preciso, ele encaminhará o beneficiário a um especialista.

Quais são os documentos necessários para realizar Consultas e Exames ou Liberar Guias?

É indispensável apresentar a carteirinha do plano e um documento de identidade com foto. Para menores de idade que não possuem documento de identificação com foto (RG, carteira de motorista ou carteira de trabalho), é necessário apresentar a Certidão de Nascimento e a carteirinha do plano. Caso não possa comparecer à consulta no dia e hora agendados, o beneficiário deve entrar em contato com a Paraná Clínicas para desmarcá-la através do Teleconsultas. Se a consulta não for cancelada e o paciente não comparecer, será considerada falta do beneficiário.





Como é feita a Liberação de Guias?

A Paraná Clínicas conta com o setor de Auditoria Médica, o qual tem papel fundamental para avaliar a indicação médica do procedimento e verificar sua cobertura de acordo com a ANS. Além disso, são realizadas cotações e avaliações dos melhores fornecedores de materiais, o que leva ao melhor uso do recurso pago pelos seus clientes para prestar assistência médica aos seus colaboradores.

As guias de exames de alta complexidade, encaminhamentos e procedimentos deverão ser homologadas no setor de Regulação de Guias da Paraná Clínicas no CIM Água Verde ou na recepção do CIM Araucária, CIM CIC ou CIM São José dos Pinhais.

Caso o médico indique uma cirurgia eletiva (programada), o beneficiário deverá solicitar uma autorização prévia à Paraná Clínicas no CIM Água Verde portando: pedido de internação, exames realizados (laudo médico), lista de materiais especiais (caso houver) e o relatório médico. Para realização de cirurgias eletivas, a ANS concede às operadoras o prazo de até 21 dias úteis, que é contado a partir do recebimento da guia pelo setor de Regulação de Guias da Paraná Clínicas, no CIM Água Verde. Observando o prazo previsto pela legislação vigente, a liberação ocorre com 03 (três) dias de antecedência à data do procedimento agendado.

As guias emitidas terão validade de 30 dias, contados a partir da sua emissão. Após a liberação da guia, sua validade passa a ser de 30 dias, podendo ser revalidada caso haja indicação. Em ambos os casos, o beneficiário deverá estar ativo no plano de saúde.

Prazos máximos de atendimento para Consultas, Exames e Internações

A Paraná Clínicas disponibiliza horários da agenda de acordo com o definido pela ANS através da RN 259/2011, na qual estabelece prazos máximos para o atendimento do beneficiário de plano de saúde nos serviços e procedimentos por ele contratados. Este prazo refere-se ao atendimento por qualquer profissional da especialidade desejada (laboratório/hospital) e não por um profissional de escolha do beneficiário. Portanto, se o profissional de saúde ou estabelecimento (clínica/laboratório/hospital) escolhido não puder fazer o atendimento dentro do prazo estipulado pela ANS, e for desejo do beneficiário ser atendido somente por este profissional ou estabelecimento de saúde, deve-se aguardar a disponibilidade do profissional. Caso o beneficiário abra mão de ser atendido pelo prestador de saúde de escolha, a operadora do plano deverá indicar outro profissional ou estabelecimento para realizar o atendimento dentro do prazo estipulado pela ANS.



Os principais prazos máximos são:

Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetria – em até 07 dias úteis.

Urgência/Emergência (determinada pelo médico assistente) – atendimento imediato.

Consulta nas especialidades de fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta - em até 10 dias úteis.

Procedimentos de alta complexidade (PAC) - em até 21 dias úteis.

Demais serviços de diagnósticos e terapia em regime ambulatorial - em até 10 dias úteis.

Consulta de retorno - a critério do profissional responsável pelo atendimento.

Atendimento em regime de internação eletiva - em até 21 dias úteis.

Serviços de diagnósticos por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial - em até 3 dias úteis.

Consulta nas demais especialidades médicas – em até 14 dias úteis.





O que é Abramge (Associação Brasileira de Medicina de Grupo)? *

O Sistema de Urgência Nacional Abramge consiste em um acordo entre as empresas associadas a prestar atendimento médico aos usuários da Paraná Clínicas em caso de urgência em trânsito, ou seja, fora de seu domicílio. Para tanto, é importante que tenha em mãos a carteirinha da Paraná Clínicas e o documento de identidade.

Os usuários contam com um atendimento 24 horas para obter informações sobre os locais de atendimento do Sistema de Urgência Nacional Abramge. A rede poderá ser consultada através do telefone que consta na carteirinha da Paraná Clínicas ou através do site www.abramge.com.br.

Quando estiver em trânsito (fora da área de cobertura) e necessitar de atendimento de urgência/emergência, o beneficiário deverá entrar em contato com Abramge (Central de Atendimento). Nesta central, há um profissional que irá direcionar o beneficiário ao recurso mais próximo de sua região em trânsito.

** Verifique se o seu contrato tem direito a este atendimento.*

Pronto-Socorro Odontológico

Serviços cobertos:

- Consultas emergenciais;
- Extrações emergenciais (indicadas pelo dentista);
- Oclusal e Periapical;
- Raio X.

Os serviços para orçamentos de tratamentos não cobertos, (dentística, periodontia, odontopediatria, prótese e ortodontia) poderão ser realizados, particularmente, mediante tabela especial para os associados da Paraná Clínicas, conforme negociação direta entre o beneficiário da Paraná Clínicas e a Free Dent.

FREE DENT
Rua Alferes Poli, 507
Tel.: 41 3013.7770
Curitiba - Paraná

Declaração de Plano de Saúde para Aproveitamento de Carência

Conforme a legislação, apenas planos individuais/familiares e coletivos por adesão trabalham com portabilidade de carências, portanto a Paraná Clínicas não realiza compra de carências. Entretanto, havendo interesse em utilizar a portabilidade para outra operadora, os beneficiários titulares poderão solicitar e retirar as cartas de Declaração de Plano de Saúde para Aproveitamento de Carência **na Central de Serviços (CIM Água Verde)** ou através do email centraldeservicos@paranaclinicas.com.br mediante envio de documento de identificação com foto.





A Paraná Clínicas só enviará a carta por e-mail para o beneficiário se o **requerimento for feito por escrito pelo beneficiário titular, por procuração ou por e-mail**. Neste caso, o beneficiário titular solicitará o encaminhamento da declaração por e-mail, devendo ser indicado o endereço de e-mail na mesma oportunidade.

Em caso de falecimento do beneficiário titular, a solicitação e a entrega do documento só poderão ser feitas àqueles que já eram dependentes do beneficiário titular antes do falecimento. Nesta mesma oportunidade, deverá ser apresentada a certidão de óbito.

PRIORI

O Priors é a área que direciona o cuidado e o monitoramento da saúde dos beneficiários na Paraná Clínicas. Através de ambulatorios específicos, permite que eles sejam avaliados por médicos de referência e recebam o suporte da equipe multidisciplinar para o tratamento adequado conforme cada caso.

O Priors desenvolve atividades de promoção da saúde, realizando ações de educação, prevenção e estímulo ao autocuidado. Estas ações permitem que o beneficiário receba o suporte necessário visando uma reflexão sobre hábitos de vida e saúde, com o intuito de promover uma melhor qualidade de vida, além de tirar dúvidas sobre o seu estado de saúde.

O Priors também atua com condutas preventivas que permitem a identificação precoce de doenças, tais como Câncer de Mama, Câncer de Próstata, Câncer de Colo de Útero e Câncer de Intestino,

Para obter maiores informações do Priors, o beneficiário deve entrar em contato através do telefone 41 3340.3037 ou pessoalmente no CIM Água Verde, de segunda a sexta-feira, das 07h às 19h.



Combate à Hipertensão Arterial



Diabetes



Planejamento Familiar



Geriatria



Gestar Bem



Em{Frente}



Emagrecimento



Tabagismo



Tá na Mesa

PROGRAMAS PREVINIR



Prevenção ao Câncer de Mama



Prevenção ao Câncer de Próstata



Prevenção ao Câncer de Intestino



Prevenção ao Câncer de Colo do Útero



Quais são os canais de atendimento da Paraná Clínicas?

Relações Empresariais

Para oferecer toda a assistência que sua empresa necessita, a Paraná Clínicas conta com o setor de Relações Empresariais (RE) que auxilia o setor de Recursos Humanos em seus questionamentos e oferece consultoria especializada no benefício de plano de saúde.



Quem é a Mel?

A Mel é a executiva de relacionamento empresarial virtual da Paraná Clínicas. Ela sempre traz via e-mail, informações importantes e as últimas novidades sobre o benefício para auxiliar na gestão do plano de saúde.

SAC - Serviço de Atendimento ao Consumidor

O SAC da Paraná Clínicas é um canal capacitado para atender as solicitações dos beneficiários e auxiliar nas manifestações de críticas, elogios, dúvidas e sugestões. A equipe do SAC está preparada para intermediar o beneficiário junto à operadora e auxiliá-lo nas orientações sobre a utilização do plano de saúde.

Contatos do SAC para informar aos beneficiários:

- SAC Telefônico: 41 3340-3040;
- SAC Londrina e Cascavel: 4020-1015;
- Fale Conosco: www.paranaclinicas.com.br.



Ouvidoria

A Ouvidoria da Paraná Clínicas é uma unidade de segunda instância, criada para ouvir o beneficiário após impossibilidade de resolução de suas solicitações pelos canais de relacionamento habituais, como o SAC e Fale Conosco (site). É mais um espaço voltado ao beneficiário para as expressões de suas reclamações, sugestões, dúvidas e elogios. Para ser atendido, o beneficiário deverá informar o número do protocolo da demanda registrada anteriormente junto ao Serviço de Atendimento ao Cliente - SAC, caso a manifestação não tenha sido solucionada.



Paraná Clínicas | SAÚDE

Planos de saúde empresariais

Acompanhe nossas redes sociais:



/paranáclínicas

Baixe nosso aplicativo gratuito:



Av. República Argentina, 650, Água Verde
Curitiba - PR • 41 3340.3000

www.paranaclinicas.com.br