

 	CLINIPAM CLÍNICA PARANAENSE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA	
	CNPJ nº: 76.882.612/0001-17	
	Nº de Registro na ANS: 34.078-2	
	ESSENCIAL CE CP ENF - NV	493.853/22-4
	ESSENCIAL CE CP APTO - NV	493.852/22-6
	ESSENCIAL CE ENF - NV	493.854/22-2
	ESSENCIAL CE APTO - NV	493.841/22-1
	Site: www.gndisul.com.br	
4090-2780 (Capitais e Regiões Metropolitanas)		
0800 800 2780 (Demais Localidades)		

**GUIA DE LEITURA CONTRATUAL -
CONTRATAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL NA
SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OU SEM OBSTETRÍCIA –
PEQUENAS E MÉDIAS EMPRESAS
Condições Gerais Versão 04.2023.001**

TEMA	DESCRIÇÃO	NÚMERO DA PÁGINA
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	10
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.	10
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares: pode ser coletiva ou individual.	Condições Específicas
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. 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.	Condições Específicas
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde complementar 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.	16
EXCLUSÕES DE COBERTURA	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde complementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	27
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	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.	31
CARÊNCIAS	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.	30

MECANISMOS DE REGULAÇÃO	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.	33
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	29
RESCISÃO OU SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	49
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 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.	42
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do emprego para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vincula à coparticipação 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.	46

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

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 557/2022, 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
ouvidoria@ans.gov.br

ANS nº 359017