



**PRO CLASSIC COLETIVO EMPRESARIAL**  
**REGIÕES: MARINGÁ, CASCAVEL, UBIRATÃ E CAMPO MOURÃO**  
**Vigência de 01/11/2024 a 27/11/2024**

**PREÇOS EXCLUSIVO PARA:**

**EMPRESA:**

**Características:** O **PRÓ CLASSIC** tem cobertura para consultas, exames e internações. Com este plano os beneficiários têm atendimento nos serviços Referenciados do PAM SAUDE e em uma rede credenciada comprometida em proporcionar qualidade de vida através de práticas de medicina preventiva. O **PRÓ CLASSIC** é um plano participativo, ou seja, nas consultas, nos exames, nos procedimentos ambulatoriais e nas terapias possuem coparticipação. Este modelo de plano de saúde torna-o um plano diferenciado, pois oferece o melhor custo-benefício ao empresário.

**Segmentação:** **Amb + Hosp sem ou com Obstetrícia**

**Acomodação:** **Enfermaria**

**Co-participações:**

**REDE CROSS**

Consultas R\$ 25,00

**REDE CREDENCIADA**

Consultas Eletivas R\$ 50,00

Consultas pronto socorro R\$ 65,00

50% sobre os exames, procedimentos e terapias ao teto de R\$ 180,00 por evento

**TABELA PME 1 - PREÇO VIGENTE PARA 02 ADESÕES NA CONTRATAÇÃO**

PLANO	00-18	19-23	24-28	29-33	34-38	39-43	44-48	49-53	54-58	59 >
<b>Sem Obst.</b> <b>472.750.14-9</b>	198,16	219,96	248,55	285,84	314,42	377,31	505,60	581,44	738,42	1.188,87
<b>Com Obst.</b> <b>472.749.14-5</b>	219,96	259,55	311,45	376,86	433,38	476,72	562,54	646,92	808,65	1.319,56

A Contratada, a qualquer tempo, reserva o direito de promover campanhas promocionais, concedendo descontos ou benefícios diversos, ressaltando-se, porém que tais benefícios não serão estendidos aos beneficiários já inscritos nesta Operadora.

**Condições de Contratação:** Pessoas vinculadas (com documentos comprobatórios) à pessoa jurídica (sócios e funcionários registrados), bem como, cônjuge ou companheiro e filhos naturais, adotivos ou tutelados.

**Carências e CPT, Reajustes, Vigência e Regras de Rescisão:** Conforme contrato.

**Vencimento(s):** O vencimento ocorrerá todo o dia 10 ou 15 de cada mês e o boleto será sempre emitido ao CNPJ contratante na data escolhida.

**PARANÁ ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA.**

**Uso da operadora:**

--

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CONTRATANTE

ANS - Nº 31526-5