

para envio da boleta de pagamento:

Opção: Ao fazer a opção de envio da boleta via e-mail, a mesma deverá ser postada via Correios.

## PROPOSTA COMERCIAL DE CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL - AMBULATORIAL/ HOSPITALAR C/ OBSTETRÍCIA

### Quantidade de Beneficiários

Empresarial - 03 a 29 beneficiários  Empresarial - 30 a 99 beneficiários  Empresarial - acima de 99 Beneficiários

### Fator Moderador

Sem coparticipação  Com coparticipação

### Dados do Proponente

Razão Social

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE DESPORTOS PARA DEFICIENTES

Nome Fantasia

ANDE

CNPJ

29.992.718 / 0001-02

Inscrição Municipal

Inscrição Estadual

Endereço do CNPJ

RUA ANTONIO BAPTISTA BITTENCOURT Nº 17

Complemento

SALA 201

Bairro

RECREIO DOS BANDEIRANTES

Cidade

RIO DE JANEIRO

UF

RJ

CEP

22790-250

Endereço para correspondência

RUA ANTONIO BAPTISTA BITTENCOURT Nº 17

Complemento

SALA 201

Bairro

RECREIO DOS BANDEIRANTES

Cidade

RIO DE JANEIRO

UF

RJ

CEP

22790-250

Ramo de atividade

85.91-1-00 ENSINO DE ESPORTES

### Dados do Representante Legal do Proponente

Nome

ARTUR CRUZ GOMES

Endereço completo

RUA FERREIRA DE ANDRADE, 537 BLOCO 1 APT 302

Bairro

CACHAMBI

Cidade

RIO DE JANEIRO

UF

RJ

CEP

20780-200

### Dados do Funcionário/ Responsável pelo Contrato

Funcionário

MIRIAM PICULLI

DDD Telefone

21 2220-1314

E-mail

ADMINISTRATIVO@ANDE.ORG.BR

DDD Fax

21 2220-1314

### Dados Contratuais

Empresa Contributária?

Não, nenhum beneficiário titular CONTRIBUI ou CONTRIBUIU.

Sim, todos os beneficiários titulares CONTRIBUEM ou CONTRIBUÍRAM

Sim, parte dos beneficiários titulares CONTRIBUEM ou CONTRIBUÍRAM

Percentual ou valor de contribuição no prêmio

Proponente \_\_\_\_\_ % Beneficiário \_\_\_\_\_ %

Data de vigência do contrato (dd/mm/aaaa)\*

\* Planos de 03 (três) a 29 (vinte e nove) beneficiários, observar a tabela de vigência do contrato prevista nas respectivas Condições Gerais e/ou Proposta Comercial e Manual do Estipulante.

RIO DE JANEIRO 22/02/2018

Local e data

Assinatura do Representante Legal do Proponente



**Dados Contratuais**

Dia de vencimento: \_\_\_\_\_ Versão do plano: \_\_\_\_\_ Deseja receber sua boleta de pagamento via e-mail?

Sim  Não

E-mail para envio da boleta de pagamento: \_\_\_\_\_

Importante: Ao fazer a opção de envio da boleta via e-mail, a mesma deixará de ser postada via Correios.

**Planos Contratados - Rede e Acomodação**

**Ambulatorial / Hospitalar com Obstetrícia**

Standard	<input type="checkbox"/> I - Quarto Coletivo						
Básico	<input type="checkbox"/> I - Quarto Coletivo	<input type="checkbox"/> II - Quarto Individual					
Plena	<input type="checkbox"/> I - Quarto Coletivo	<input type="checkbox"/> II - Quarto Individual					
Golden Care	<input type="checkbox"/> I - Quarto Coletivo	<input type="checkbox"/> II - Quarto Individual					
Essencial	<input type="checkbox"/> 100 - Quarto Coletivo	<input type="checkbox"/> 200 - Quarto Individual					
Especial	<input type="checkbox"/> 100 - Quarto Coletivo	<input checked="" type="checkbox"/> 200*	<input type="checkbox"/> 300*	<input type="checkbox"/> 400*	<input type="checkbox"/> 500* (*Quarto Individual)		
Executivo	<input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> 200	<input type="checkbox"/> 300	<input type="checkbox"/> 400	<input type="checkbox"/> 500	<input type="checkbox"/> 600 (Todos com Quarto Individual)		

**Total de Beneficiários**

**Perfil do Grupo Beneficiado**

Categoria	Edição das Condições Gerais	Quantidade de Titulares	Quantidade de Dependentes	Faixas Etárias	Perfil do Grupo Beneficiado		Total
					Masculino (nº de vidas)	Feminino (nº de vidas)	
Standard				Até 18 anos	4	1	5
Básico I				19 - 23 anos	1		1
Básico II				24 - 28 anos		3	3
Plena I				29 - 33 anos			
Plena II				34 - 38 anos	1	2	3
Golden Care I				39 - 43 anos	1		1
Golden Care II				44 - 48 anos	2		2
Essencial 100				49 - 53 anos			
Essencial 200				54 - 58 anos			
Especial 100				> = 59 anos	1		1
Especial 200		9	7				
Especial 300							
Especial 400							
Especial 500							
Executivo 100							
Executivo 200							
Executivo 300							
Executivo 400							
Executivo 500							
Executivo 600							
<b>Total</b>							

**Faixas etárias conforme Resolução Normativa - ANS nº 63/2003**

Número de afastados:  
 Número de gestantes:  
 Número de hospitalizados em tratamento:  
 Número de demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados (art.30 e 31 da Lei nº 9.656/98):

**Coparticipação por Procedimento** (preenchimento apenas para os planos com coparticipação)

Eventos	Valor Fixo	Percentual
Consultas		
Exames com senha		
Exames sem senha		
Consulta em pronto socorro		
Internação (exceto internações psiquiátricas)*		

\* O percentual/valor de coparticipação para internações psiquiátricas é o informado nas condições gerais dos produtos contratados.

RIO DE JANEIRO, 22/02/2018

Local e data

Assinatura do Representante Legal do Proponente



**Prêmio por faixa etária** (preenchimento para beneficiários ativos e seus dependentes no plano de assistência à saúde)

Faixas etárias	Até 18 anos	19 - 23 anos	24 - 28 anos	29 - 33 anos	34 - 38 anos	39 - 43 anos	44 - 48 anos	49 - 53 anos	54 - 58 anos	> = 59 anos
Standard					Especial 200					
Básico I					Especial 300					
Básico II					Especial 400					
Plena I					Especial 500					
Plena II					Executivo 100					
Golden Care I					Executivo 200					
Golden Care II					Executivo 300					
Essencial 100					Executivo 400					
Essencial 200					Executivo 500					
Especial 100					Executivo 600					
Especial 200										
Especial 300										
Especial 400										
Especial 500										
Executivo 100										
Executivo 200										
Executivo 300										
Executivo 400										
Executivo 500										
Executivo 600										

**Prêmio por faixa etária** (preenchimento para beneficiários inativos (ex-funcionários demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados) e seus dependentes do plano de assistência à saúde para efeitos dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98 e RN 279/11)

Faixas etárias	Até 18 anos	19 - 23 anos	24 - 28 anos	29 - 33 anos	34 - 38 anos	39 - 43 anos	44 - 48 anos	49 - 53 anos	54 - 58 anos	> = 59 anos
Standard										
Básico I										
Básico II										
Plena I										
Plena II										
Golden Care I										
Golden Care II										
Essencial 100										
Essencial 200										
Especial 100										
Especial 200										
Especial 300										
Especial 400										
Especial 500										
Executivo 100										
Executivo 200										
Executivo 300										
Executivo 400										
Executivo 500										
Executivo 600										

RIO DE JANEIRO, 22/02/2018

Local e data

  
Assinatura do Representante Legal do Proponente



**Prêmio médio por produto\*** (preenchimento somente para os planos acima de 99 beneficiários).

Standard		Especial 100	
Básico I		Especial 200	
Básico II		Especial 300	
Plena I		Especial 400	
Plena II		Especial 500	
Golden Care I		Executivo 100	
Golden Care II		Executivo 200	
Essencial 100		Executivo 300	
Essencial 200		Executivo 400	
		Executivo 500	
		Executivo 600	

\* Os preços constantes nesta planilha foram baseados nas informações fornecidas acerca do perfil do grupo beneficiário. Em caso de alteração neste perfil do grupo, a Golden Cross poderá rever os preços. O preço único médio é calculado com base na soma do resultado da multiplicação do preço pelo correspondente número de beneficiários de cada faixa etária, dividido pelo número total de beneficiários.

7.172,56

**Resumo de valores**

Total (titulares e dependentes)	R\$	30,00
Total taxa de cadastro	R\$	7.202,56
Golden Med	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	R\$
Total Geral	R\$	

Código do corretor  CTR

**DECLARAÇÃO DO PROPONENTE**

As informações prestadas neste documento são verdadeiras, completas, de meu inteiro conhecimento e responsabilidade. Através do presente instrumento, manifesto a intenção em firmar contrato com a Vision Med Assistência Médica Ltda., com base nos dados desta Proposta Comercial do Contrato Coletivo Empresarial, **assumindo o compromisso de prestar-lhe todas as informações sobre os beneficiários que pretendo incluir na(s) cobertura(s) do plano de saúde, bem como, se for o caso, sobre os respectivos dependentes;**

Quando constatados dados falsos, incorretos, inverídicos ou incompletos, o contrato poderá ser rescindido nos termos estabelecidos nas condições gerais e no artigo 766 do Código Civil Brasileiro, o qual dispõe: "Se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações falsas, o contrato poderá ser rescindido".  
 Tenho ciência e estou de acordo com os dados desta Proposta Comercial do Contrato Coletivo Empresarial e com o vencimento da fatura, comprometendo-me a devolver a presente no prazo máximo de 72 (setenta e duas) horas úteis, devidamente assinado e carimbado, **sendo certo que se a devolução não acontecer até a data limite, haverá alteração de início de vigência contratual;**

Tenho ciência que o contrato só se inicia após a aceitação desta Proposta Comercial do Contrato Coletivo Empresarial, na data negociada entre as partes estabelecida no presente documento, sendo certo que o adiantamento de qualquer valor **não implica a sua aceitação, e será devolvido, juntamente com a proposta caso a mesma não seja aceita;**

Tenho ciência e estamos de acordo que a quantidade de vidas do grupo beneficiado assinalada nesta Proposta Comercial do Contrato Coletivo Empresarial determina as respectivas condições gerais e regras do contrato;

Concordo que a Vision Med Assistência Médica Ltda., implante a correspondente Proposta Comercial do Contrato Coletivo Empresarial, em conformidade com o disposto nas Condições Gerais, devidamente aprovadas pela ANS;

Assinatura Golden Cross

Assinatura do Representante Legal do Proponente

Assinatura do Corretor

PAULO FREDERICO SAUZ  
Corretor

670.336.107-00

RIO DE JANEIRO 22/02/2018

Local e data

Assinatura do Representante Legal do Proponente



Tenho ciência e estamos de acordo que a opção pelo produto assinalado nesta Proposta Comercial do Contrato Coletivo Empresarial, determina a rede referenciada e a acomodação hospitalar;

Neste ato, declaro ter recebido lido e aceito as minhas condições gerais em seu inteiro teor, inclusive para os itens: a) coberturas e exclusões em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações; b) períodos de carência e Cobertura Parcial Temporária; c) critérios de reajuste e variações em decorrência de alteração de faixa etária por qualquer um dos seus beneficiários; d) rede referenciada; e) acomodação hospitalar; f) múltiplos de reembolsos; dentre todas as demais; permanecendo o mesmo disponível para consulta no site [www.goldencross.com.br](http://www.goldencross.com.br);

Tenho ciência de que as substituições/alterações na rede assistencial da operadora estarão disponíveis no Portal da Golden Cross, no endereço eletrônico [www.goldencross.com.br](http://www.goldencross.com.br) e na Central de Serviços;

Tenho ciência de que os valores apresentados nesta Proposta Comercial do Contrato Coletivo Empresarial correspondem ao perfil etário, número de vidas e área de comercialização informados pelo proponente na Proposta Comercial e **quaisquer alterações nas informações anteriormente prestadas poderão implicar na revisão dos valores expressos em reais**;

Tenho ciência e estou de acordo que a Golden Cross poderá utilizar todos os meios de prova admitidos em direitos para elucidar os eventos médicos hospitalares relacionados às declarações prestadas pelos beneficiários em suas Declarações de Saúde, bem como, por intermédio do profissional médico por ela designado, poderá solicitar, a qualquer tempo, a mim, aos beneficiários, a médicos, hospitais e outros prestadores de serviço, informações que julgar necessárias para elucidação de qualquer assunto relacionado ao contrato;

**Comprometo-me a comunicar à Vision Med Assistência Médica Ltda., quaisquer ocorrências que impliquem alteração ou cancelamento do contrato, bem como informar aos beneficiários, em qualquer ocasião acerca das condições contratadas;**

Recebi o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e estou de acordo com as condições ali dispostas;

Tenho ciência que sou responsável pela distribuição do Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), o qual já foi recebido, e do Guia de Leitura Contratual (GLC), o qual será recepcionado pela empresa, junto com as carteiras de identificação do plano, devendo obter protocolo de recebimento destes documentos de todos os beneficiários que forem incluídos no contrato;

Tenho ciência de que é responsabilidade minha informar a todos os novos beneficiários, no momento da inclusão ao contrato, e/ou a qualquer tempo, sempre que solicitado, a tabela de preços por faixa etária, atualizada, dos funcionários ativos e, se empresa contributária, também dos inativos;

**Todas as informações prestadas neste documento são verdadeiras, completas, de meu inteiro conhecimento e responsabilidade, inclusive as relacionadas ao número de beneficiários afastados, gestantes, hospitalizados em tratamento e demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados; e**

Tenho ciência que constatados dados falsos, incorretos, inverídicos ou incompletos, o contrato poderá ser rescindido nos termos estabelecidos nas condições gerais e no artigo 766 do Código Civil Brasileiro, o qual dispõe: "Se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao pagamento do prêmio vencido".

Assinatura do Repres. Legal do Proponente

RIO DE JANEIRO, 22 de FEVEREIRO de 2018.

Assinatura Golden Cross

Assinatura do Representante Legal do Proponente

Assinatura do Corretor

670.336.107-00

PAULO ROBERTO CRUZ  
Nome do Corretor

Todos os campos são de preenchimento obrigatório. Este documento deve ser devidamente datado, carimbado e assinado pelo responsável da empresa e deve conter rubrica em todas as folhas.

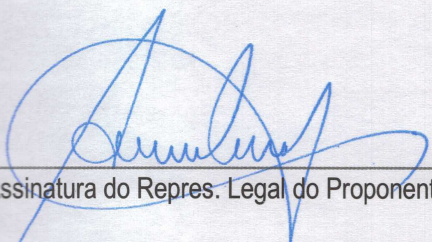


## Declaração - Plano Referência

**Proponente** ..... 3  
**Nome completo** ..... 5  
ARTUR CRUZ GOMES

Declaro que me foi oferecida a contratação do Plano Referência (ZB 32 Dame Standard Ambulatorial/ Hospitalar - enfermaria), com registro na ANS nº 432824008, pela Vision Med Assistência Médica Ltda., CNPJ/MF Nº 01.518.211/0001-82 com registro na ANS nº 403911, de acordo com a Lei nº 9.656/98 e suas atualizações, mas que optei pela contratação do plano definido no item "Planos Contratados", na página 2 da Proposta Comercial de Planos de Contrato Coletivo Empresarial.

RIO DE JANEIRO, 22 de FEVEREIRO de 20 18.

  
Assinatura do Repres. Legal do Proponente



# Sumário

## DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS

Descrição dos Produtos	3
Área de Atuação dos Produtos	5

## COBERTURAS

Coberturas Ambulatoriais	7
Coberturas Hospitalares	7
Cobertura para Saúde Mental	9
Exclusões de Cobertura	10

## CONDIÇÕES COMERCIAIS

Quem Está Coberto?	12
Vigência do Contrato	12
Cancelamento	13
Pagamentos e Mensalidades	13
Reajuste	15
Faixas Etárias	16

## MECANISMOS DE UTILIZAÇÃO

Carências	18
Cobertura Parcial Temporária	20
Atendimento de Urgência e Emergência	20
Atendimento de Urgência e Emergência para o Produto Referência	22
Remoção	22
Liberação de Senha	24
Coparticipação	24
Reembolso	25
Serviços Adicionais	27
Concierge	30
Assistência Empresarial	32
Remissão	32
Programa de Descontos em Medicamentos	33
Seguro de Acidentes Pessoais	33
Serviços Opcionais	35
Orientações Importantes	37
Canais de Comunicação	38



# DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS

## DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS

Os produtos relacionados abaixo são denominados Coletivos Empresariais de Assistência à Saúde Complementar e todos eles garantem cobertura ambulatorial, hospitalar e obstétrica.

### Contratos até 29 (vinte e nove) Beneficiários PRODUTO AMBULATORIAL/HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

Nome comercial do produto	Registro na ANS	Acomodação para internação	Fator Moderador	Área de abrangência
Standard	432824008	Quarto coletivo	Sem Coparticipação	Nacional
Básico I	444886033	Quarto coletivo	Sem Coparticipação	Nacional
Básico II	444948037	Quarto individual	Sem Coparticipação	Nacional
Plena I	472330149	Quarto coletivo	Sem Coparticipação	Grupo de municípios
Plena II	472331147	Quarto individual	Sem Coparticipação	Grupo de municípios
Golden Care I	475648167	Quarto coletivo	Sem Coparticipação	Grupo de municípios
Golden Care II	475649165	Quarto individual	Sem Coparticipação	Grupo de municípios
Essencial 100	469964135	Quarto coletivo	Sem Coparticipação	Grupo de estados
Essencial 200	469965133	Quarto individual	Sem Coparticipação	Grupo de estados
Especial 100	469966131	Quarto coletivo	Sem Coparticipação	Grupo de estados
Especial 200	469962139	Quarto individual	Sem Coparticipação	Grupo de estados
Especial 300	469962139	Quarto individual	Sem Coparticipação	Grupo de estados
Especial 400	469962139	Quarto individual	Sem Coparticipação	Grupo de estados
Especial 500	469962139	Quarto individual	Sem Coparticipação	Grupo de estados
Executivo 100	469967130	Quarto individual	Sem Coparticipação	Grupo de estados
Executivo 300	469967130	Quarto individual	Sem Coparticipação	Grupo de estados
Executivo 500	469967130	Quarto individual	Sem Coparticipação	Grupo de estados
Plena I	472439149	Quarto coletivo	Com Coparticipação	Grupo de municípios
Plena II	472438141	Quarto individual	Com Coparticipação	Grupo de municípios
Essencial 100	470011132	Quarto coletivo	Com Coparticipação	Grupo de estados
Essencial 200	470010134	Quarto individual	Com Coparticipação	Grupo de estados
Especial 100	470008132	Quarto coletivo	Com Coparticipação	Grupo de estados
Especial 200	470009131	Quarto individual	Com Coparticipação	Grupo de estados
Especial 300	470009131	Quarto individual	Com Coparticipação	Grupo de estados
Especial 400	470009131	Quarto individual	Com Coparticipação	Grupo de estados
Especial 500	470009131	Quarto individual	Com Coparticipação	Grupo de estados
Executivo 100	470012131	Quarto individual	Com Coparticipação	Grupo de estados
Executivo 300	470012131	Quarto individual	Com Coparticipação	Grupo de estados
Executivo 500	470012131	Quarto individual	Com Coparticipação	Grupo de estados