

Contratos a partir de 30 (trinta) 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 II	444661035	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	475647165	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 200	469967130	Quarto individual	Sem Coparticipação	Grupo de estados
Executivo 300	469967130	Quarto individual	Sem Coparticipação	Grupo de estados
Executivo 400	469967130	Quarto individual	Sem Coparticipação	Grupo de estados
Executivo 500	469967130	Quarto individual	Sem Coparticipação	Grupo de estados
Executivo 600	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
Golden Care I	475693162	Quarto coletivo	Com Coparticipação	Grupo de municípios
Golden Care II	457709084	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 200	470012131	Quarto individual	Com Coparticipação	Grupo de estados
Executivo 300	470012131	Quarto individual	Com Coparticipação	Grupo de estados
Executivo 400	470012131	Quarto individual	Com Coparticipação	Grupo de estados
Executivo 500	470012131	Quarto individual	Com Coparticipação	Grupo de estados
Executivo 600	470012131	Quarto individual	Com Coparticipação	Grupo de estados

ÁREA DE ATUAÇÃO DOS PRODUTOS

Standard – Nacional

Básico I e II – Nacional

Plena I e II

Acre – Rio Branco.

Alagoas – Arapiraca e Maceió.

Amazonas – Manaus.

Amapá – Macapá.

Bahia – Alagoinhas, Camaçari, Catu, Eunápolis, Feira de Santana, Ilhéus, Jequié, Juazeiro, Paulo Afonso, Pojuca, Salvador, Santo Antônio de Jesus, São Felix, Valença e Vitória da Conquista.

Ceará – Fortaleza e Juazeiro do Norte.

Distrito Federal – Brasília.

Espirito Santo – Cachoeiro de Itapemirim, Serra, Vila Velha e Vitória.

Goiás – Cidade Ocidental e Goiânia.

Maranhão – São Luís.

Mato Grosso – Cáceres e Cuiabá.

Minas Gerais – Além Paraíba, Belo Horizonte, Caeté, Carangola, Conselheiro Lafaiete, Contagem, Curvelo, Divinópolis, Extrema, Itabirito, Itaúna, João Monlevade, Juiz de Fora, Montes Claros, Muriaé, Nova Lima, Ouro Branco, Pará de Minas, Patrocínio, Ubá, Uberlândia, Vespasiano e Visconde do Rio Branco.

Paraíba – João Pessoa.

Pernambuco – Arcoverde, Cabo de Santo Agostinho, Caruaru, Garanhuns, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Petrolina, Recife, Serra Talhada, Surubim e Vitória de Santo Antão.

Piauí – Parnaíba e Teresina.

Paraná – Arapongas, Cascavel, Cornélio Procópio, Curitiba, Maringá e Sarandi.

Rio de Janeiro – Angra dos Reis, Barra Mansa, Bom Jesus do Itabapoana, Cabo Frio, Campo dos Goytacazes, Duque de Caxias, Itaperuna, Magé, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Paracambi, Petrópolis, Pirai, Porciúncula, Resende, Rio Bonito, Rio de Janeiro, Santo Antônio de Pádua, São Fidélis, São Gonçalo, São João de Meriti, Teresópolis, Três Rios, Vassouras e Volta Redonda.

Rio Grande do Norte – Natal.

Rio Grande do Sul – Canoas, Capão da Canoa, Gravataí, Novo Hamburgo, Porto Alegre, Sapiranga, Torres e Viamão.

Santa Catarina – Florianópolis, Itajaí, Timbó e Tubarão.

Sergipe – Aracajú e Lagarto.

São Paulo – Amparo, Araraquara, Artur Nogueira, Arujá, Auriflamma, Baurú, Caçapava, Campinas, Caraguatatuba, Cosmópolis, Cruzeiro, Guaratingueta, Guarulhos, Indaiatuba, Itapeva, Jacareí, José Bonifácio, Jundiaí, Limeira, Mauá, Mogi das Cruzes, Monte Aprazível, Nova Granada, Osasco, Penápolis, Pereira Barreto, Registro, Ribeirão Pires, Santa Isabel, Santo André, Santos, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São José do Rio Preto, São José dos Campos, São Paulo, São Vicente, Serrana, Vinhedo e Votuporanga.

Tocantins – Palmas.

Golden Care I e II – Rio de Janeiro

Grupo de Municípios: Belford Roxo, Duque de Caxias, Magé, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Nova Friburgo, Queimados, Rio de Janeiro, São Gonçalo, São João de Meriti, Paracambi, Petrópolis, Rio Bonito, Teresópolis e Três Rios.

Essencial 100 e 200, Especial 100, 200, 300, 400 e 500, Executivo 100, 200, 300, 400, 500 e 600

Grupo de Estados: Acre, Alagoas, Amazonas, Amapá, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rondônia, Santa Catarina, Sergipe, São Paulo e Tocantins.

COBERTURAS

Estão cobertas as despesas ambulatoriais, hospitalares e obstétricas, exames complementares e serviços auxiliares listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e suas atualizações bem como as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID 10).

Importante! Não esqueça de consultar as exclusões e os prazos de carência informados neste Manual.

COBERTURAS AMBULATORIAIS

Ao Beneficiário Titular e seu(s) Dependente(s) serão asseguradas as coberturas dos atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências:

- Cobertura de consultas médicas, em número limitado, em consultórios, clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

- Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;

- Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional e fisioterapeuta de acordo com o estabelecido no anexo do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente

e suas atualizações, e respectivas Diretrizes de Utilização, conforme indicação do médico assistente;

- Cobertura de procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações, em número ilimitado de sessões por ano, que podem, ser realizados tanto por médico fisiatra quanto por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

- Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;

- Cobertura para os seguintes procedimentos, considerados especiais:

- hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- quimioterapia oncológica ambulatorial;
- radioterapia ambulatorial;
- medicamentos para terapia antineoplásica oral para tratamento do câncer, desde que devidamente registrados na ANVISA e em conformidade com as Diretrizes de Utilização constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações;
- procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
- hemoterapia ambulatorial;
- cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

- Implante de DIU – Dispositivo Intra-Uterino convencional não-hormonal e hormonal para contracepção (inclui o dispositivo).

COBERTURAS HOSPITALARES

Ao Beneficiário Titular e seu(s) Dependente(s) serão asseguradas as coberturas de despesas médico-hospitalares, sem limite de prazo de internação, em unidades credenciadas aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, englobando os seguintes itens:

- Cobertura em número ilimitado de dias para internações hospitalares clínicas e/ou cirúrgicas e Centro de Terapia Intensiva;

- Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular e alimentação;

- Cobertura de exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e à elucidação diagnóstica;

- Fornecimento de medicamentos nacionais e nacionalizados, anestésicos, gases medicinais e transfusões, conforme prescrição do médico assistente, até a alta hospitalar;

- Cobertura de taxas e materiais utilizados, assim como a remoção do paciente, quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites da abrangência geográfica prevista no contrato;

Nos produtos até 29 (vinte e nove) Beneficiários com acomodação quarto coletivo, o Beneficiário terá direito a cobertura de despesas de diária(s) de 1 (um) acompanhante, incluindo alimentação de acordo com os padrões de fornecimento quantitativo de refeições determinado pelo respectivo hospital, com exceção de despesas extraordinárias, no caso de paciente menor de 18 (dezoito) anos, no caso de paciente com 60 (sessenta) anos ou mais, bem como para os casos de portadores de deficiências, conforme indicação do médico assistente, no local de internação, respeitado o disposto no regulamento interno do hospital referenciado e suas condições de instalação.

Nos casos de produtos até 29 (vinte e nove) Beneficiários com acomodação quarto individual, o Beneficiário terá direito a cobertura de despesas de diária(s) de 1 (um) acompanhante, incluindo alimentação de acordo com os padrões de fornecimento quantitativo de refeições determinado pelo respectivo hospital, com exceção de despesas extraordinárias, conforme indicação do médico assistente, no local da internação, respeitado o disposto no regulamento interno do hospital referenciado e suas condições de instalação.

Nos produtos empresariais a partir de 30 (trinta) Beneficiários, com acomodação quarto coletivo e individual, o Beneficiário terá direito a cobertura de despesas de diária(s) de 1 (um) acompanhante incluindo paramentação, alimentação de acordo com os padrões de fornecimento quantitativo da

refeições determinado pelo respectivo hospital, com exceção de despesas extraordinárias, no caso de paciente menor de 18 (dezoito) anos, no caso de paciente com 60 (sessenta) anos ou mais, bem como para os casos de portadores de deficiências, conforme indicação do médico assistente, no local da internação. Exceto no plano Executivo, onde o Beneficiário terá direito a cobertura de despesas de diárias de 1 (um) acompanhante, independente da idade do paciente, **exceto despesas extraordinárias.**

- Cobertura de 1 (um) acompanhante, incluindo paramentação, alimentação de acordo com os padrões de fornecimento quantitativo de refeições determinado pelo respectivo hospital e acomodação, indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato por 48 horas, salvo contra-indicação do médico assistente ou até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente.

- Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- hemodiálise e diálise peritoneal-CAPD;
- quimioterapia oncológica ambulatorial;
- radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia; • hemoterapia;
- nutrição enteral ou parenteral;
- procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- embolizações e radiologia intervencionista;
- exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- procedimentos de reeducação e reabilitação física;
- transplantes de rins, córneas, autólogos e alogênicos de medula óssea, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações, bem como as despesas com os procedimentos necessários à realização do transplante, incluindo: despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio (exceto medicamentos de manutenção), despesa com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS. O candidato a transplante de órgãos proveniente de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação

Distribuição de Órgãos – CNCDOs, sujeitando-se aos critérios de fila única de espera e de seleção;

• procedimentos obstétricos, inclusive relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério observado o disposto no Rol de Procedimentos vigente e suas atualizações;;

- Cobertura assistencial ao recém-nascido (a), filho (a) natural ou adotivo (a) do Beneficiário, ou de seu Dependente, durante os 30 (trinta) primeiros dias após o parto, desde que o Beneficiário já tenha cumprido os 180 (cento e oitenta) dias de carência;

- Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, incluindo reconstrutiva de mama, nos casos evolutivos de oncologia;

- Cobertura de cirurgia bariátrica (obesidade mórbida), conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na época do evento e suas atualizações;

- Cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na época do evento e suas atualizações, para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

- Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar. Para fins do disposto neste item, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;

- Cobertura para laqueadura tubária, laqueadura tubária laparoscópica e vasectomia, dentro das diretrizes previstas na Lei nº 9.263

de 12 de janeiro de 1996, e conforme as Diretrizes de Utilização constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações;

- Cobertura de despesas com anestesiólogo, caso haja indicação clínica, nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

Importante! Quando escolher acomodação superior àquela indicada em sua Ficha Cadastral, o Beneficiário deverá pagar as diferenças de diárias e taxas hospitalares diretamente ao hospital, bem como arcar com a diferença dos honorários médicos, quitando-os diretamente com os médicos envolvidos em seu tratamento durante a internação, não estando a Contratada obrigada a reembolsar esses valores.

COBERTURA PARA SAÚDE MENTAL

Ao Beneficiário Titular e seu(s) Dependente(s) serão asseguradas as coberturas das despesas relativas à saúde mental correspondentes ao estabelecido como obrigatório pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

A cobertura ambulatorial garantirá:

- Atendimento às emergências, assim consideradas as que impliquem ao Beneficiário ou a terceiros, risco à vida ou danos físicos (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou risco de danos morais ou patrimoniais importantes;

- Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados, conforme indicação do médico assistente;

- Tratamento básico, assim entendido aquele prestado pelo médico assistente, ou sob sua orientação, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico ou outros procedimentos ambulatoriais.

A cobertura hospitalar garantirá:

- 30 (trinta) dias, não cumulativos, por ano de vigência do contrato, para portador de transtornos psiquiátricos, que necessite de hospitalização. Após este período, será

aplicada a coparticipação, que é a participação financeira do Beneficiário quando da utilização dos referidos serviços de assistência. A coparticipação será aplicada no percentual de 30% (trinta por cento) sobre as despesas hospitalares e os honorários médicos de internação;

- Hospital Dia para transtornos mentais de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

- Todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluindo o atendimento das lesões autoinflingidas.

Consulte e imprima seu livro de rede personalizado através do nosso portal. Acesse www.goldencross.com.br

EXCLUSÕES DE COBERTURA

Conforme disposto na Lei nº 9.656/98, tenha ou não havido internação hospitalar, e mesmo quando consequentes de acidentes pessoais, as despesas relacionadas abaixo estão excluídas da cobertura do contrato:

- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como próteses, órteses e seus acessórios para o mesmo fim;

- Cirurgias plásticas em geral, para fins estéticos;

- Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina – CFM e/ou não aprovados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

- Enfermagem particular, ainda que em hospital, e assistência médica domiciliar, mesmo que as condições do paciente exijam cuidados especiais ou extraordinários;

- Aparelhos estéticos, órteses, próteses e seus acessórios e/ou aparelhos utilizados para a substituição de função ou reabilitação não ligados ao ato cirúrgico;

- Atendimento nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pelas autoridades competentes;

- Equipamentos e aparelhos cirúrgicos para assistência médica domiciliar;

- Tratamentos ou procedimentos relacionados à inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-coital, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

- Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais, ou ainda procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos não reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina e/ou não aprovados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. São considerados tratamentos experimentais aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país; considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO; ou cujas indicações não constem da bula/maneira registrada na ANVISA (uso offlabel);

- Materiais e medicamentos importados não nacionalizados e sem aprovação ou regulamentação pela ANVISA;

- Medicamentos ministrados ou utilizados em tratamento domiciliar, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais, conforme disposto nas Diretrizes de Utilização constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e suas atualizações;

- Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CITEC;

- Remoções por via aérea, marítima e fluvial, ressalvados os casos previstos na Resolução Normativa nº 259/2011, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS ou outra norma que venha a ser posteriormente editada sobre a mesma matéria;

- Transplantes de órgãos, à exceção de córnea, rim, bem como dos transplantes de medula óssea, autólogos e alogênicos listados no Rol de Procedimentos vigente e suas atualizações;

- Despesas com medicação de manutenção pós-transplante;

- Tratamentos de rejuvenescimento e/ou de emagrecimento com finalidade estética;

- Tratamentos em clínicas de repouso e emagrecimento (SPA), estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

- Vacinas;

- Tratamento odontológico de qualquer natureza, mesmo que decorrente de acidente pessoal, exceto para cirurgia buco-maxilo-facial e procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que necessitem de ambiente hospitalar por imperativo clínico, na abrangência do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e suas atualizações;

- Honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar;

- Cirurgia refrativa, exceto para pacientes com mais de 18 anos, com grau estável há pelo menos 01 (um) ano, com miopia moderada e grave, de graus entre -5,0 e -10,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0 DC com refração medida através de cilindro negativo e/ou hipermetropia até grau 6,0 DE com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC com refração medida através de cilindro negativo;

- Serviços de internação domiciliar, em que os cuidados médicos e de enfermagem sejam prestados no domicílio do paciente;

- Internação em caráter social, ou seja, aquela solicitada, ainda que por médico referenciado, para complemento do tratamento em razão de carência de apoio social, econômico ou familiar;

- Internação com finalidade diagnóstica cujo quadro clínico não a justifique e cujos testes e exames possam ser realizados em caráter ambulatorial sem prejuízo para o Beneficiário;

- Despesas extraordinárias, ou seja, aquelas não previstas ou não sujeitas às coberturas contratuais, tanto do Beneficiário quanto de seu acompanhante;

- Procedimentos médico-hospitalares para os quais o Beneficiário ainda esteja em período

de carência, ressalvados os casos de urgência e emergência, nos termos do disposto nas Condições Gerais;

- Outros procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos vigente instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e suas atualizações.

IMPORTANTE:

A Estipulante assumirá a responsabilidade por eventuais penalidades, ou ainda pelo pagamento de sinistros a que a Contratada seja submetida ou obrigada a pagar, inclusive ressarcindo-a financeiramente, em razão de medidas judiciais e/ou demandas administrativas promovidas por seus Beneficiários ou ex-Beneficiários pleiteando coberturas contratuais ou alegando prejuízos a direitos relativos as coberturas contratuais, em especial nos casos em que esses direitos contrariem as regras e regulamentos exarados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

CONDIÇÕES COMERCIAIS

QUEM ESTÁ COBERTO?

Os produtos empresariais foram desenvolvidos para atender os Beneficiários que possuam vínculo com a Estipulante, em decorrência de relação **empregatícia ou estatutária**, comprovados em documentação oficial.

Poderão, ainda, ser incluídos como Beneficiários, os sócios e/ou administradores da Estipulante.

São considerados Dependentes as pessoas físicas incluídas neste contrato pelo Beneficiário Titular, limitando-se a cônjuge ou companheiro (a), filhos (as) naturais ou adotivos solteiros até 21 anos incompletos ou filhos (as) solteiros (as) até 24 anos, comprovadamente estudantes universitários (as) ou de escola do ensino médio.

Nos produtos coletivos empresariais até 29 (vinte e nove) Beneficiários, o grupo beneficiado inicial, deverá ser constituído por no máximo 29 (vinte e nove) Beneficiários, número este necessário para a manutenção do contrato.

Nos produtos coletivos empresariais acima de 30 (trinta) Beneficiários, o grupo

beneficiado Inicial, deverá ser constituído por no mínimo, 30 (trinta) Beneficiários, número este necessário para a manutenção do contrato.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

Para contratação do produto de saúde, a Estipulante deverá preencher a Proposta Comercial de Contrato Coletivo e anexar os documentos do Beneficiário que comprovem a participação societária ou vínculo com a Estipulante, nas formas empregatícia ou estatutária, assim como os documentos abaixo relacionados:

- Contrato ou Estatuto Social devidamente registrado na Junta Comercial ou no Registro Civil de Pessoas Jurídicas;
- Folha de registro dos funcionários incluído no contrato, quando for o caso;
- Relação atualizada de funcionários inscritos no Fundo de Garantia por Tempo de Serviço;
- FGTS, acompanhada da última guia de recolhimento (GFIP) quitada.

VIGÊNCIA DO CONTRATO

O período mínimo de vigência do contrato é de **12 meses**. Após esse período a renovação do contrato será automática e passará a vigorar por prazo indeterminado, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

Nos planos até 29 (vinte e nove) Beneficiários, o início de vigência do contrato obedecerá a **datas informadas na tabela abaixo**:

Data da assinatura da Ficha Cadastral	Período de Análise/Aceitação da Ficha Cadastral e da Declaração de Saúde	Data de início da vigência
01 a 05	Até o dia 19	Dia 20 do mês corrente
06 a 10	Até o dia 24	Dia 25 do mês corrente
11 a 15	Até o dia 29	Dia 30 do mês corrente
16 a 20	Até o dia 04	Dia 05 do mês seguinte
21 a 25	Até o dia 09	Dia 10 do mês seguinte
26 a 31	Até o dia 14	Dia 15 do mês seguinte

Para cumprimento dos prazos dispostos nessa tabela, é imprescindível que toda documentação necessária seja entregue a Golden Cross sob protocolo em até 72 horas úteis da data de assinatura da Ficha Cadastral/Proposta Comercial do Contrato Coletivo Empresarial.

Nos planos empresariais a partir de 30 (trinta) Beneficiários, o início da vigência será o acordado entre as partes conforme Proposta Comercial de Contrato Coletivo, parte integrante deste material, desde que até esse momento não seja feito qualquer pagamento à Contratada, ou, alternativamente, em caso de não aceitação do contrato, a Contratada providencie a devolução do valor da primeira mensalidade a Estipulante.

CANCELAMENTO

Após o período de 12 (doze) meses de vigência inicial, o presente contrato poderá ser denunciado, a qualquer tempo, por qualquer das partes, mediante aviso prévio por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias. Durante o prazo de aviso prévio aqui determinado, não será admitida qualquer movimentação cadastral no contrato.

Na hipótese de descumprimento pela Estipulante, do prazo mínimo de vigência contratual previsto neste manual, esta obriga-se a pagar à Golden Cross o valor equivalente à soma das mensalidades a vencer, para conclusão do 1º (primeiro) ano de vigência contratual. Para efeitos de cálculo das mensalidades vincendas, toma-se como base o valor correspondente a média das 3 (três) últimas mensalidades faturadas pela Golden Cross em face da Estipulante, ou de todas as mensalidades faturadas na hipótese do referido descumprimento ocorrer antes do 3º (terceiro) mês de vigência contratual.

O atraso no pagamento da mensalidade pela Estipulante, por um período superior a 15 (quinze) dias, implica na suspensão do direito do(s) Beneficiários Titulares e de seus Dependentes a qualquer cobertura.

Sem prejuízo das penalidades legais, bem como do pagamento da multa pela Estipulante em razão do descumprimento do prazo mínimo de vigência contratual, o contrato será automaticamente cancelado, independente de notificação e/ou interpelação judicial, sem que caibam direitos indenizatórios à parte infratora, nas seguintes situações:

- Prática de fraude comprovada;
- Inadimplência da mensalidade e/ou coparticipação por período superior a 60 (sessenta) dias cumulativos, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que a Estipulante seja previamente notificada;
- Extinção, dissolução, liquidação judicial ou extrajudicial, recuperação judicial ou extrajudicial, ou falência da Estipulante;
- Redução do número mínimo exigido nos 12 (doze) primeiros meses iniciais de vigência para a manutenção do contrato;
- Não aceitação pela Estipulante do índice de reajuste proposto pela Contratada na data de aniversário do contrato.

Nos produtos com coparticipação, em caso de encerramento do presente instrumento, será facultado à Contratada cobrar os valores de coparticipação pendentes em função dos atendimentos conferidos aos Beneficiários incluídos neste contrato, durante o tempo de vigência do mesmo, com cobrança programada para a data posterior ao cancelamento.

PAGAMENTOS E MENSALIDADES

A formação do preço do presente contrato é preestabelecida, isto é, a contraprestação pecuniária é calculada pela Contratada, antes da utilização das coberturas contratadas e conforme declarações da Estipulante constante na Proposta Comercial do Contrato Coletivo Empresarial.

A contraprestação pecuniária poderá ser apresentada por preço único, "per capita" ou por faixa etária, cobrada sob a forma de pré-pagamento, e deverá ser paga mensalmente pela Estipulante à Contratada, independente da utilização do plano pelos Beneficiários.

O cálculo do preço único, para cada produto contratado pela Estipulante, se dará com base na soma total do preço pago por cada Beneficiário, de acordo com sua faixa etária, dividido pelo número total de Beneficiários.

O preço relativo a cada Beneficiário, de acordo com sua respectiva faixa etária, seja ativo e inativo, observará a(s) tabela(s) constante(s) na Proposta Comercial de Contrato Coletivo Empresarial, a qual é parte integrante destas Condições Gerais, devendo a Estipulante responsabilizar-se por apresentar as mencionadas tabelas a cada Beneficiário no momento de sua inclusão no produto.

A(s) correspondente(s) tabela(s) atualizada(s) será(ão) disponibilizada(s) pela Contratada à Estipulante para consulta, mensalmente, por meio do documento de fatura, devendo a Estipulante mantê-la(s) disponível (eis) com as devidas atualizações, a qualquer tempo para consulta dos Beneficiários.

No momento da inclusão de novo Beneficiário Titular, a Estipulante deverá apresentar ao novo funcionário a(s) citada(s) tabela(s) de preço(s) atualizada(s).

É permitido à Estipulante subsidiar o produto dos ex-empregados ou promover a participação

dos empregados ativos no seu financiamento, devendo para tanto o valor correspondente ser explicitado pela Estipulante aos Beneficiários Titulares.

A participação financeira parcial ou total da Estipulante no produto dos ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados, quando ocorrer, poderá ser estipulada a critério do empregador, podendo variar conforme nível de produto, rendimento do Titular, ou outra forma desejada, devendo obrigatoriamente ser apresentada aos Beneficiários Titulares na contratação do produto e sempre que alterada.

O pagamento da mensalidade e da coparticipação será de responsabilidade exclusiva da Estipulante, ressalvadas as hipóteses dos artigos 30 e 31 da Lei n.º 9656/98, em que o ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa e aposentado que optar pela manutenção da condição de Beneficiário Inativo assumirá o pagamento integral da mensalidade, salvo nos casos em que a Estipulante optar pelo subsídio.

A mensalidade e/ou a coparticipação deverão ser quitadas no estabelecimento bancário indicado pela Contratada, até a data do vencimento, constante do respectivo boleto de cobrança.

Constatado o atraso no recebimento do boleto de pagamento de até 48 (quarenta e oito) horas antes do respectivo vencimento, a Estipulante e/ou Beneficiário Inativo deverá entrar em contato com a Contratada para solicitar o envio de 2ª via do referido documento.

Caso o vencimento se dê em dia não útil ou feriado bancário, o pagamento deverá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente.

O não pagamento da mensalidade, assim como do valor referente a coparticipação, na forma estipulada nesta Cláusula acarretará para a Estipulante e/ou Beneficiário Inativo incidência de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês ou fração e multa de 2% (dois por cento), sobre o valor do débito.

O pagamento da mensalidade e/ou da coparticipação não será reconhecido pela Contratada se a Estipulante e/ou Beneficiário Inativo não possuir comprovante devidamente autenticado pelo banco recebedor.

O pagamento antecipado da mensalidade não elimina nem reduz os prazos de carência e/ou Cobertura Parcial Temporária estabelecidos no presente contrato.

À Contratada é garantido o direito de cobrança em juízo, pela via executiva ou outra que preferir, o valor da mensalidade e/ou da coparticipação não paga pela Estipulante e/ou Beneficiário Inativo, a contar da data do inadimplemento.

A Contratada se reserva, ainda, o direito de promover a cobrança dos pagamentos em atraso, através de bancos e pelos meios legais cabíveis, sejam esses valores equivalentes a quaisquer débitos não quitados, conforme obrigações previstas neste contrato.

A não utilização de quaisquer coberturas durante a vigência do contrato não exonera a Estipulante e/ou Beneficiário Inativo do pagamento das mensalidades vencidas e/ou vincendas.

Não poderá haver distinção quanto ao valor da mensalidade entre os Beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este vinculados.

REAJUSTE

A Contratada aplicará anualmente sobre o valor da mensalidade do contrato, na data de seu aniversário, ou em período inferior caso a legislação venha a permitir, o Índice de Reajuste (IR) composto pelo Reajuste Técnico, Reajuste Financeiro e Reajuste por Impacto de Novas Tecnologias, podendo a aplicação destes ocorrer de forma cumulativa ou não, conforme a seguir:

$$IR = [(1 + RF) \times (1 + RT) \times (1 + RINT)] - 1$$

Onde,

IR = Índice de Reajuste (em %)
RF = Reajuste Financeiro
RT = Reajuste Técnico (sinistralidade)
RINT = Reajuste por Impacto de Novas Tecnologias

O Reajuste Financeiro terá por base a **Variação dos Custos Médicos e Hospitalares – VCMH** (honorários médicos, diárias e taxas hospitalares, materiais, medicamentos, gases medicinais e demais despesas assistenciais) per capita, apurada no período de 24 (vinte e quatro) meses, comparando os 12 (doze) meses mais recentes aos 12 (doze) meses imediatamente anteriores, referentes a Beneficiários/ contratos fora do período de carência.

O Reajuste Técnico (por sinistralidade) visa a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato e é calculado utilizando-se a seguinte fórmula:

$$RT = (\Sigma D / \Sigma M / IE) - 1$$

Onde,

RT = Reajuste Técnico (em %)
 ΣD = Total de despesas (sinistro) apuradas em 12 (doze) meses consecutivos, ou período inferior caso a legislação venha a permitir, referentes a Beneficiários/contratos fora do período de carência.
 ΣM = Total de mensalidades de 12 (doze) meses consecutivos, ou período inferior caso a legislação venha a permitir, referentes a Beneficiários/contratos fora do período de carência.
IE = Índice de Equilíbrio de 65% para os contratos com até 29 (vinte e nove) Beneficiários; 65% para os contratos que possuam entre 30 (trinta) a 99 (noventa e nove) Beneficiários; 70% para os contratos com 100 (cem) ou mais Beneficiários.

Caso a aplicação da fórmula acima resulte em valor igual ou inferior a zero, o valor da mensalidade do contrato não sofrerá alteração referente ao Reajuste Técnico.

O Reajuste por Impacto de Novas Tecnologias será aplicado sobre a mensalidade sempre que houver incorporação de nova cobertura ao contrato.

Do agrupamento dos contratos com até 29 (vinte e nove) beneficiários para fins de cálculo e aplicação de reajuste:

A Contratada, em observância à Resolução Normativa n.º 309 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, realizará anualmente o agrupamento de todos os contratos coletivos, firmados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei n.º 9656/98, que tenham até 29 (vinte e nove) Beneficiários, para fins de cálculo e aplicação dos reajustes previstos nesta Cláusula.

Será considerado um Contrato Agregado ao Agrupamento aquele que possuir até 29 (vinte e nove) Beneficiários na data de apuração do número de indivíduos a ele vinculados.

A apuração da quantidade de Beneficiários do contrato, para fins de manutenção ou inclusão deste na condição de Contrato Agregado ao Agrupamento, será realizada anualmente, sendo no primeiro ano na data de assinatura do contrato e nos demais anos no último dia do mês do aniversário do contrato do ano anterior à aplicação do reajuste, independente de ocorrer posterior variação na quantidade de Beneficiários após a data de apuração.

O Índice de Reajuste (IR) será único e identificador para todos os Contratos Agregados ao Agrupamento independentemente do produto contratado, ressalvados os casos de desmembramento ou segmentação assistencial ambulatorial, hospitalar e obstétrica, quando será possível a aplicação de reajustes diversos de acordo com a segmentação contratada, dentro do mesmo contrato coletivo, será calculado na forma do disposto acima.

Caso o contrato possua mais de 29 (vinte e nove) Beneficiários na data da apuração da quantidade de indivíduos a ele vinculados (assinatura ou aniversário do contrato), este deixará de possuir a condição de Contrato Agregado ao Agrupamento.

Disposições diversas acerca dos reajustes:

As disposições previstas nesta cláusula não alteram ou excluem as regras de reajuste por mudança de faixa etária, que se houver, servirão o disposto contrato.

A Contratada reserva-se o direito de, anualmente, recalculer a mensalidade, sempre que a mensalidade média calculada com base na composição etária do Grupo Beneficiado, resultar em diferença superior a 5% (cinco por cento) na mensalidade média da implantação ou do último reajuste calculado com base neste item.

Independente da data de inclusão dos Beneficiários, os valores de suas mensalidades terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário do contrato, sendo certo que não poderá haver aplicação percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo produto em um determinado contrato.

O contrato não poderá sofrer reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária ou mudança na legislação em vigor.

O valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente ou em período inferior caso a legislação venha a permitir, pelo mesmo índice, de acordo com condições aqui dispostas.

Eventualmente ou por determinação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, as condições previstas neste contrato, incluindo as datas e/ou períodos de apuração para cálculo do Índice de Reajuste (IR) ou para verificação do número de Beneficiários poderão ser modificadas.

Os reajustes acima mencionados quando aplicados sobre as mensalidades, serão divulgados e comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, conforme legislação e normas vigentes.

FAIXAS ETÁRIAS

Quando a mensalidade for cobrada por faixa etária, sempre que ocorrer, na idade do Beneficiário Titular ou na de qualquer um de seus Dependentes, mudança que signifique deslocamento para outra faixa etária, um novo valor de mensalidade será cobrado, a partir do mês seguinte ao da ocorrência da alteração, de acordo com as faixas definidas em norma própria da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e seus respectivos percentuais, conforme segue.

Faixas etárias	Percentuais de reajuste
0 (zero) a 18 (dezoito) anos	0,00%
19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos	34,82%
24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos	1,00%
29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos	8,00%
34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos	1,00%
39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos	20,76%
44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos	36,70%
49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos	26,42%
54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos	5,00%
59 (cinquenta e nove) anos ou mais	84,33%

A variação do preço em razão da faixa etária incidirá quando o Beneficiário completar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao de seu aniversário.

Os índices de reajuste previstos nesta cláusula observam os seguintes critérios, conforme determinação da ANS:

- O valor fixado para última faixa etária não é superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;
- A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não são superiores à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

MECANISMOS DE UTILIZAÇÃO

CARÊNCIAS

A Carência é o período de tempo, corrido e ininterrupto contado da data de inclusão de cada Beneficiário, em que o Beneficiário Titular e/ou o Beneficiário Dependente não terão direito a determinada cobertura e/ou procedimento, independente da Estipulante estar adimplente com a mensalidade do contrato.

Nos produtos empresariais com até 29 (vinte e nove) Beneficiários, todos os prazos de carência descritos neste contrato, deverão ser cumpridos obrigatoriamente.

Ficam excluídas de qualquer prazo de carência, as inscrições futuras feitas pelo Beneficiário Titular, mediante comunicação pela Estipulante à Contratada em razão de nascimento, adoção, guarda ou tutela de recém-nascido, desde que efetuadas no prazo de 30 (trinta) dias do fato que lhes der causa e este não esteja cumprindo carência. Caso o Beneficiário Titular ainda esteja cumprindo carências, o Dependente deverá cumprir os prazos de carência previstos neste instrumento, aproveitando as carências já cumpridas pelo Beneficiário Titular.

CARÊNCIAS PARA PRODUTOS EMPRESARIAIS ATÉ 29 (VINTE E NOVE) BENEFICIÁRIOS

24 horas

Casos Clínicos e Cirúrgicos – Emergências e urgência, conforme Artigo 12, Inciso V da Lei 9.656/98.

Exames Complementares – Emergências e urgência, conforme Artigo 12, Inciso V da Lei 9.656/98.

Serviços Auxiliares – Emergências e urgências conforme Artigo 12, Inciso V da Lei 9.656/98.

30 dias

Consultas Médicas – Todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.

Exames Complementares – Análises clínicas, radiologia simples e todos os exames decorrentes de consultas médicas, exceto aqueles especificados abaixo.

Serviços Auxiliares – Fisioterapia, Sessões com Nutricionista, Sessões com Fonoaudiólogo, Sessões com Terapeuta Ocupacional, Sessões de Acupuntura e Psicoterapia.

180 dias

Casos Clínicos e Cirúrgicos – Adenoidectomia, Amigdalectomia, Anexectomia, Artroscopia cirúrgica, Artroscopia diagnóstica, Biópsia e punção, Casos clínicos em geral, Casos clínicos cardíacos, neurológicos e vasculares, Cirurgia de coluna vertebral, Cirurgia eletiva e em fase aguda, Cirurgia para hemorroida, hérnia, surdez e varicocele, Cirurgia por vídeo, Colpocistoperineoplastia, Colocação de DI, Ginecologia, Histerectomia, Implante de anel intraestromal (com diretriz de utilização), Implante de cardiodesfibrilador multissítio – TRV, implante de monitor de eventos (looper implantável), Litotripsia, Oncologia, Oxigenoterapia hiperbárica, Radiologia intervencionista, Tratamento de hiperatividade vesical, Tratamento ocular quimioterápico com antiangiogênico (com diretriz de utilização), Terapia imunobiológica endovenosa para tratamento de artrite reumatóide, artrite psoriática, doença de Crohn e espondilite anquilosante (com diretriz de utilização), Vasectomia.

Exames Complementares – Anatomopatologia e citopatologia, Angiografia, Angiotomografia coronariana (com diretriz de utilização), Densitometria óssea, Doppler, Duplex scan, Ecocardiografia uni e bidimensional com Doppler, Eletroencefalograma, Endoscopia digestiva, ginecológica, respiratória, urológica, Exames decorrentes de doenças cardíacas, neurológicas e vasculares.

Exame genético, Exame oftalmológico, Exame otorrinolaringológico, Laparoscopia, Medicina nuclear, Neurofisiologia, Radiologia contrastada, Radiologia intervencionista, Ressonância magnética, Teste de função pulmonar, Tococardiografia, Tomografia computadorizada, Tomografia de coerência óptica (com diretriz de utilização), Ultrassonografia em geral, Ultrassonografia obstétrica e Urodinâmica.

Serviços Auxiliares – Diálise, Hemoterapia, Laserterapia para tratamento de mucosite oral/orofaringe, Quimioterapia e radioterapia, Termoterapia transpupilar a laser.

300 dias

Casos Clínicos e Cirúrgicos – Parto a termo

Os materiais de prótese e órtese de implantação em ato cirúrgico coberto só terão cobertura após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de carência, salvo na hipótese de urgência em virtude de acidente pessoal, em que a cobertura iniciará após 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato.

Os prazos de carência a serem cumpridos serão contados a partir da data de inclusão de cada Beneficiário.

Nos produtos empresariais a partir de 30 (trinta) Beneficiários, ficarão excluídos de qualquer prazo de carência as inclusões de Beneficiários Titulares, desde que solicitadas à Contratada no prazo máximo de 30 (trinta) dias da celebração do presente contrato ou da constituição do seu vínculo com a Estipulante. Ficam excluídas de qualquer prazo de carência, as inclusões futuras feitas pelo Beneficiário Titular, mediante comunicação pela Estipulante à Contratada, em razão de casamento ou união estável declarada, nascimento, adoção, reconhecimento de paternidade, guarda ou tutela, desde que efetuadas no prazo de 30 (trinta) dias do fato que lhes der causa e este não esteja cumprindo carência. Caso o Beneficiário Titular ainda esteja cumprindo carências, os Beneficiários Dependentes deverão cumprir os prazos de carência previstos neste instrumento, aproveitando as carências já cumpridas pelo Beneficiário Titular.

As inclusões efetivadas após o referido prazo serão passíveis do cumprimento dos prazos de carência previstos neste Manual, conforme previsão contratual.

As demais inclusões serão passíveis do cumprimento dos prazos de carência previstos neste Manual, conforme previsão contratual.

CARÊNCIAS PARA PRODUTOS EMPRESARIAIS A PARTIR DE 30 (TRINTA) BENEFICIÁRIOS

24 horas

Consultas Médicas – Todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.

Exames Complementares – Emergências e urgências, conforme Artigo 12, Inciso V da Lei 9.656/98, análises clínicas, radiologia simples e todos os exames decorrentes de consultas médicas, exceto aqueles especificados abaixo.

Serviços Auxiliares – Emergências e urgências, conforme Artigo 12, Inciso V da Lei 9.656/98.

Casos Clínicos e Cirúrgicos – Emergências e urgências, conforme Artigo 12, Inciso V da Lei 9.656/98.

30 dias

Exames Complementares – Anatomopatologia e citopatologia, Angiografia, Angiotomografia coronariana (com diretriz de utilização), Densitometria óssea, Doppler, Duplex scan, Ecocardiografia uni e bidimensional com Doppler, Eletroencefalograma, Endoscopias digestiva, ginecológica, respiratória e urológica, Exames decorrentes de doenças cardíacas, neurológicas e vasculares, Exame genético, Exame oftalmológico, Exame otorrinolaringológico, Laparoscopia, Medicina nuclear, Neurofisiologia e Radiologia contrastada, Ressonância magnética, Teste de função pulmonar, Tococardiografia, Tomografia computadorizada, Tomografia de coerência óptica (com diretriz de utilização), Ultrassonografia em geral, Ultrassonografia obstétrica e Urodinâmica.

Serviços Auxiliares – Fisioterapia, Hemoterapia, Quimioterapia, Radioterapia, Sessões com Fonoaudiólogo, Sessões com Nutricionista, Sessões com Terapeuta Ocupacional, Psicoterapia e Sessões de Acupuntura.

Casos Clínicos e Cirúrgicos – Adenoidectomia, Amigdalectomia, Anexectomia, Artroscopia cirúrgica, Artroscopia diagnóstica, Biopsia e punção, Casos clínicos em geral, Casos clínicos cardíacos, neurológicos e vasculares, Cirurgia eletiva e em fase aguda, Cirurgia para hemorróida, hérnia, surdez e varicocele,

Cirurgia por vídeo, Colpocistoperineoplastia, Colocação de DIU, Ginecologia, Histerectomia, Implante de anel intraestromal (com diretriz de utilização), Implante de cardiodesfibrilador multissítio – TRV, implante de monitor de eventos (looper implantável), Litotripsia, Oncologia, Oxigenoterapia hiperbárica, Radiologia intervencionista, Tratamento de hiperatividade vesical, Tratamento ocular quimioterápico com antiangiogênico (com diretriz de utilização), Terapia imunobiológica endovenosa para tratamento de artrite reumatóide, artrite psoriática, doença de Crohn e espondilite anquilosante (com diretriz de utilização) e Vasectomia.

180 dias

Serviços Auxiliares – Diálise, Laserterapia para tratamento de mucosite oral/orofaringe, Termoterapia transpupilar a laser.

Casos Clínicos e Cirúrgicos – Cirurgias cardíacas, neurológicas e vasculares, Cirurgias de coluna vertebral, Cirurgia de obesidade mórbida, Transplantes de rins, córneas e de medula óssea autólogos e alogênicos.

300 dias

Casos Clínicos ou Cirúrgicos – Parto a termo.

Os materiais de prótese e órtese de implantação em ato cirúrgico coberto só terão cobertura após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de carência, salvo na hipótese de urgência em virtude de acidente pessoal, em que a cobertura iniciará após 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato.

Os prazos de carência a serem cumpridos serão contados a partir da data de inclusão de cada Beneficiário.

Os seguintes Beneficiários Dependentes também terão aproveitamento dos prazos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular:

a) Filho(s) natural(is) menor(es) de 12 (doze) anos incluído(s) no contrato em até 30 (trinta) dias contados do reconhecimento judicial ou extrajudicial da paternidade pelo Beneficiário Titular;

b) Menor(es) de 12 (doze) anos sob guarda ou tutela do Beneficiário Titular, desde que 20 incluído(s) no contrato em até 30 (trinta) dias contados da guarda ou tutela;

c) Filho(s) adotivo(s) menor(es) de 12 (doze) anos, quando incluído(s) no contrato a qualquer tempo.

Todas as demais inclusões efetuadas fora do referido prazo, serão passíveis de cumprimento dos prazos de carência previstos contratualmente.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

A Cobertura Parcial Temporária (CPT) admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data de contratação ou adesão ao produto, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo Beneficiário.

Serão consideradas doenças e lesões preexistentes aquelas sobre as quais o Beneficiário tenha prévio conhecimento, em relação a sua saúde, quanto a de todos os seus Dependentes, no momento da contratação ou adesão ao produto de saúde.

Nos produtos coletivos empresariais de até 29 (vinte e nove) Beneficiários, o Beneficiário deverá informar à Contratada, por si e por seus Dependentes, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da **DECLARAÇÃO DE SAÚDE**, o conhecimento da doença e/ou lesão preexistente, à época da adesão ao contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato.

Nos produtos coletivos empresariais a partir de 30 Beneficiários, somente será necessário o preenchimento da declaração de saúde, informando o conhecimento da doença e/ou lesão preexistente, se a solicitação de inclusão de determinado Beneficiário for formalizada após os 30 (trinta) dias da celebração do contrato ou do fato que der causa (admissão/nascimento/adoção, casamento ou união estável declarada, guarda ou tutela).

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Ao Beneficiário será assegurado o atendimento de urgência e emergência, dentro da área de abrangência do produto, decorridas primeiras 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do contrato.

Na hipótese de cumprimento de Cobertura Parcial Temporária pelo Beneficiário, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para as doenças ou lesões preexistentes, se restringirá às primeiras 12 (doze) horas de atendimento ambulatorial ou até que haja necessidade de internação do paciente.

Não é necessária a prévia liberação de senha da Golden Cross para realização de procedimentos ambulatoriais de emergência decorrentes de acidente pessoal (evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física que necessite de tratamento médico imediato). Se for preciso, o local de atendimento entrará em contato com a Golden Cross, solicitando a senha.

Os casos configurados como emergência, ou seja, aqueles em que há alteração aguda do estado de saúde do Beneficiário, que impliquem risco imediato à vida ou lesões irreparáveis devidamente caracterizada em declaração do médico assistente, estarão assegurados, desde a admissão do paciente até sua alta, salvo se o mesmo estiver cumprindo carência, quando então a cobertura se restringirá às primeiras 12 (doze) horas de atendimento ambulatorial ou até que haja necessidade de internação do paciente.

Os casos configurados como urgência, ou seja, aqueles causados por evento resultante de acidente pessoal, estarão assegurados, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato até a alta do paciente.

Os casos configurados como urgência e/ou emergência, decorrentes de complicações no processo gestacional, estarão assegurados, observados os prazos e condições a seguir:

a) Caso a beneficiária já tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o parto e a internação dele decorrente terão cobertura integral garantida; e

b) Caso a beneficiária ainda esteja cumprindo o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias deverá ser garantido o atendimento de urgência, restrito às primeiras 12 (doze) horas, desde que decorridas as primeiras 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato. Persistindo a necessidade de internação ou havendo necessidade de realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar para a continuidade do atendimento, a cobertura cessará.

O Beneficiário para se habilitar ao reembolso das despesas ambulatoriais/ hospitalares e obstétricas por ele diretamente efetuadas deverá apresentar à Contratada no prazo máximo de 1 (um) ano contado a partir da data de início do evento, o seguintes documentos.

a) Conta discriminada das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com vias originais das notas fiscais da pessoa jurídica prestadora do atendimento;

b) Vias originais dos comprovantes de pagamento dos honorários médicos, de assistentes e se for o caso, de auxiliares e anestesistas, com os números dos Conselhos de Classe, do CPF/MF e da Inscrição Municipal, bem como discriminação do serviço realizado; e

c) Relatório médico justificando o tratamento e o tempo de permanência do Beneficiário Titular e/ou de seu(s) Dependente(s) no hospital.

Os reembolsos efetuados serão realizados ao Beneficiário no prazo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação completa à Contratada, conforme Tabela de Reembolso de Procedimentos Médico-Hospitalares Golden Cross, observando-se o plano e os múltiplos de reembolso contratados.

Fica expressamente vedada a cessão a terceiros, de crédito de reembolso relativo a despesas realizadas com assistência à saúde pelo Beneficiário Titular e/ou seus Dependentes.

Os medicamentos utilizados durante a realização de procedimentos hospitalares, cobertos durante a internação, serão reembolsados de acordo com o Guia Farmacêutico BRASÍNDICE ou outro que vier a substituí-lo.

Não serão passíveis de reembolso os eventos que não constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e suas atualizações, os procedimentos sem previsão de cobertura neste contrato, as despesas com alimentação de acompanhante (ressalvados os casos de pacientes menores de 18 (dezoito) anos, maior de 60 (sessenta) anos, portadores de deficiências e gestantes em pré-parto, parto e pós-parto, conforme inciso I do art.22 da Resolução Normativa ANS nº 338/2013 ou outra que vier substituí-la) e serviços extraordinários, tais como telefonia, enfermagem particular, aluguel de televisão, dentre outros.

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PARA O PRODUTO REFERÊNCIA

Ao Beneficiário será assegurado a cobertura integral nos limites desse contrato, nos casos de urgência e emergência, dentro da área de abrangência do produto, decorridas as primeiras 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do contrato.

Quando não for possível a utilização da Rede Credenciada, em situações de emergência e/ou urgência, dentro da área de abrangência do produto, a Contratada se responsabiliza, dentro dos limites e condições contratuais, a reembolsar as despesas realizadas com a assistência à saúde para o Beneficiário.

Na hipótese de cumprimento de Cobertura Parcial Temporária pelo Beneficiário, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para as doenças ou lesões preexistentes, se restringirá às primeiras 12 (doze) horas de atendimento ambulatorial ou até que haja necessidade de internação do paciente.

Nos casos em que a assistência médico-hospitalar não venha a se caracterizar como própria do produto contratado, ou como risco à vida ou de lesões irreparáveis, não haverá obrigatoriedade de cobertura por parte da Contratada.

Para se habilitar ao reembolso das despesas ambulatoriais/hospitalares e obstétricas, o Beneficiário deverá apresentar à Contratada, no prazo máximo de 1 (um) ano contado a partir da data do início do evento, os seguintes documentos:

a) Conta discriminada das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as vias originais das notas fiscais da pessoa jurídica prestadora do atendimento;

b) Vias originais dos comprovantes de pagamento dos honorários médicos, de assistentes e, se for o caso, de auxiliares e anestesistas, com os números dos Conselhos de Classe, do CPF/MF e da Inscrição Municipal bem como discriminação do serviço realizado; e

c) Relatório médico justificando o tratamento e o tempo de permanência do Beneficiário Titular e/ou de seu(s) Dependente(s) no hospital.

Os reembolsos efetuados serão realizados ao Beneficiário no prazo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação completa à

Contratada, conforme Tabela de Reembolso de Procedimentos Médico-Hospitalares Golde Cross, observando-se o produto e os múltiplos de reembolso contratados.

Fica expressamente vedada a cessão, a terceiros, de crédito de reembolso relativo às despesas realizadas com assistência à saúde pelo Beneficiário Titular e/ou seus Dependentes.

Os medicamentos utilizados durante a realização de procedimentos hospitalares, cobertos durante a internação, serão reembolsados de acordo com o Guia Farmacêutico BRASÍNDICA ou outro que vier a substituí-lo.

Não serão passíveis de reembolso os eventos que não constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e suas atualizações, os procedimentos sem previsão de cobertura neste contrato, as despesas com alimentação de acompanhante (ressalvados os casos de pacientes menores de 18 (dezoito) anos, maior de 60 (sessenta) anos, portadores de deficiências e gestantes em pré-parto, parto e pós-parto, conforme inciso I do art. 22 da Resolução Normativa ANS n.º 338/2013 ou outra que vier substituí-la) e serviços extraordinários tais como telefonia, enfermagem particular, aluguel de televisão, dentro outros.

REMOÇÃO

Ao Beneficiário Titular e seu(s) Dependente(s) serão asseguradas as coberturas das despesas com remoção inter-hospitalar dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, independente de haver situação de urgência ou emergência, quando constatada a sua necessidade, observados cumulativamente, os seguintes critérios:

a) Ser solicitada pelo médico assistente por meio de relatório no qual deverá contemplar a impossibilidade de locomoção do Beneficiário e/ou a falta de recursos específicos para a continuidade do atendimento do paciente. Caso haja necessidade de ambulância UTI e/ou de acompanhamento médico, o relatório de solicitação deverá conter tal especificação;

b) Ser por via terrestre e até o estabelecimento médico-hospitalar, indicado pela Contratada, que tenha condições de prestar a continuidade do atendimento;

c) Ser destinada ao atendimento do Beneficiário, durante evento coberto, desde

que cumprida a respectiva carência contratual ou Cobertura Parcial Temporária;

d) Ser destinada à realização de procedimentos essenciais ao acompanhamento da patologia que gerou a internação ou de evento essencial à manutenção da saúde do Beneficiário;

e) Serem observados os critérios contratuais.

Realizados os atendimentos de urgência e emergência, a Contratada se responsabiliza pela remoção do Beneficiário para uma unidade do Sistema Único de Saúde – SUS, que deverá dispor de serviço de emergência, quando houver necessidade de internação do Beneficiário que estiver em cumprimento de Cobertura Parcial Temporária.

Na remoção, a Contratada compromete-se a disponibilizar ambulância com os recursos necessários para garantir a manutenção da vida do Beneficiário, só cessando a sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro desta na unidade do SUS.

Caso não possa haver remoção por risco à vida, o Beneficiário ou seu representante legal e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se a Contratada desse ônus.

As alterações na rede hospitalar observarão o disposto no Art.17 da Lei nº 9.656/98, de 3 de junho de 1998.

É facultada à Contratada a substituição de entidade hospitalar, desde que o faça por outro prestador equivalente e, ainda, mediante comunicação prévia de, no mínimo, 30 (trinta) dias, tanto para a Estipulante quanto para a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

A Contratada ficará isenta deste prazo de comunicação quando a substituição se der em virtude da rescisão do contrato de prestação de serviços por fraude, como também quando incorrerem infrações das normas sanitárias e fiscais vigentes, sendo, porém, assegurada ao Beneficiário internado remoção para outro estabelecimento hospitalar equivalente, sem qualquer ônus adicional. Não sendo esta a razão da substituição do estabelecimento hospitalar, ficará sob encargo da Contratada a manutenção do Beneficiário internado, arcando com todas as despesas cobertas em contrato, até sua alta hospitalar, que se dará a critério do médico assistente.

Também será facultado à Contratada o redimensionamento da rede hospitalar por redução, desde que sejam observados os critérios dispostos no art. 17, parágrafo quarto e incisos, da Lei n.º 9.656/98, devendo, entretanto, tal prática, ser previamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

É direito do Beneficiário ter acesso aos meios de divulgação da Rede Referenciada através dos seguintes canais de comunicação: Portal Golden Cross – endereço eletrônico: www.goldencross.com.br – e Central de Serviços.

Gerenciamento de ações de saúde:

A Contratada, especificamente em relação às condições médicas abaixo mencionadas, poderá direcionar os Beneficiários do contrato para atendimento por determinado profissional especialista ou estabelecimento de saúde (hospitais, clínicas ou laboratórios) selecionado para tal e participante de programas especiais de atendimento por ela desenvolvidos:

- a) Tratamento clínico e cirúrgico das doenças cardíacas, neurológicas e vasculares;
- b) Tratamento cirúrgico da coluna vertebral;
- c) Tratamento cirúrgico oftalmológico, otorrinolaringológico, buco-maxilo-facial e ortopédico com a utilização de órtese, prótese e material especial;
- d) Embolização;
- e) Implante de marcapasso ou cardio-desfibrilador;
- f) Transplantes de córnea, medula óssea (autólogo e alogênico) e rim;
- g) Tratamento clínico e cirúrgico da obesidade mórbida e suas consequências;
- h) Quimioterapia e radioterapia;
- i) Hemodiálise e diálise peritoneal;
- j) Terapia imunobiológica;
- k) Tratamento ocular quimioterápico com antiangiogênico;
- l) Internações clínicas de doenças endocrinológicas, metabólicas e nutricionais.
- m) Terapia antineoplásica oral para tratamento do câncer, de acordo com as Diretrizes de Utilização constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações.

A Contratada poderá excluir ou incluir outras condições médicas observado o Rol de

Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e suas atualizações. As novas condições médicas eventualmente incluídas pela Contratada estarão ou serão vinculadas aos programas especiais de atendimento.

As informações e/ou atualizações sobre a relação dos profissionais especialistas e estabelecimentos de saúde, com as respectivas condições médicas, estarão disponíveis nos canais de comunicação. Consulte e imprima seu livro de rede personalizado através do nosso portal. Acesse www.goldencross.com.br

As divergências de natureza médica, relacionadas com os serviços objeto deste contrato serão dirimidas por uma junta, constituída de 3 (três) médicos, dentre os quais um será nomeado pela Contratada, outro, pelo Beneficiário, e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois profissionais.

Cada parte pagará os honorários do médico que nomear, sendo a remuneração do terceiro, desempatador, de responsabilidade da

Contratada. Na hipótese do Beneficiário optar por um médico referenciado da Contratada, esta deverá arcar com os custos dos serviços.

Caso não haja acordo quanto ao médico desempatador, este será designado pela associação específica de médicos, e o ônus deste será assumido pela Contratada.

LIBERAÇÃO DE SENHA

Os seguintes procedimentos médico-hospitalares serão passíveis de prévia aprovação da Golden Cross para serem realizados: exames, pequenos atendimentos, procedimentos em série, remoção, internação e day clinic. Para obter a respectiva autorização, o Beneficiário deverá acessar o portal da Golden Cross.

Os casos de urgência e emergência não necessitarão de prévia autorização através de senha, mas deverão ser comunicados à Contratada em até 48 (quarenta e oito) horas do início do atendimento.

COPARTICIPAÇÃO

A coparticipação é a participação na despesa assistencial a ser paga pela Estipulante ou Beneficiário diretamente à operadora, após a

realização de procedimento. Ela será aplicada, obrigatoriamente, a todos os Beneficiários inscritos no contrato e vigorará a partir da data de assinatura contrato.

A coparticipação incidirá sobre os eventos de consultas médicas, exames com e sem necessidade de autorização prévia, internação, pronto socorro e terapia ambulatorial, conforme os valores/percentuais definidos na Proposta Comercial de Contrato Coletivo Empresarial, sempre respeitados os limites estabelecidos pelas normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e vigentes na data da contratação do produto.

Importante! Em caso de encerramento do presente instrumento, será facultado à Contratada cobrar os valores de coparticipação pendentes em função dos atendimentos conferidos aos Beneficiários incluídos neste contrato, durante o tempo de vigência do mesmo, com cobranças programadas para a data posterior ao cancelamento.

Quando a coparticipação for estabelecida em valor fixo, ao invés de percentual, o referido valor será reajustado na mesma periodicidade e pelo mesmo percentual de reajuste aplicado na contraprestação pecuniária.

A CONTRATADA encaminhará para a ESTIPULANTE, até o 15º (décimo quinto) dia de cada mês, excetuando-se o período que compreende os dois primeiros meses do contrato, o relatório demonstrando as utilizações apuradas até o mês anterior, resumidas por BENEFICIÁRIO incluído no contrato, observado o sigilo médico e/ ou observadas as normas do Conselho Federal de Medicina e ANS.

A importância apurada no relatório supra referenciado deverá ser paga pela ESTIPULANTE à CONTRATADA, por meio de boleto bancário.

A responsabilidade pelo pagamento da coparticipação permanecerá sendo exclusivamente da Estipulante, independente do seu repasse aos Beneficiários.

REEMBOLSO

Importante! O reembolso para os produtos Golden Care I, Golden Care II, ocorrerá exclusivamente nos casos de urgência e emergência dentro da área de abrangência do contrato.

Reembolso é o ressarcimento das despesas médico hospitalares cobertas, realizadas pelo Beneficiário e/ou seus Dependentes com profissionais ou em estabelecimentos que não façam parte da Rede Credenciada contratada.

Os Beneficiários poderão utilizar os serviços dentro da área de abrangência do produto e a Golden Cross se responsabiliza, dentro dos limites e condições contratuais, a reembolsar as despesas realizadas, desde que estejam cobertas pelo contrato.

Todas as coberturas previstas no contrato serão passíveis de reembolso.

Para se habilitar ao reembolso das despesas ambulatoriais/hospitalares e obstétricas, o Beneficiário deverá apresentar à Contratada os seguintes documentos:

– Conta discriminada das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as vias originais das notas fiscais da pessoa jurídica prestadora do atendimento;

– Vias originais dos comprovantes de pagamento dos honorários médicos, de assistentes e, se for o caso, de auxiliares e anestesistas com os números dos Conselhos de Classe, do CPF/MF e do ISS, bem como discriminação do serviço realizado; e

– Relatório médico justificando o tratamento e o tempo de permanência do Beneficiário Titular e/ou seu(s) Dependente(s) no hospital.

Os reembolsos efetuados ao Beneficiário serão realizados no prazo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação completa à Contratada, conforme Tabela de Reembolso de Procedimentos Médicos Hospitalares Golden Cross, observando-se o produto, o coeficiente de honorários e múltiplos de reembolso contratados.

Fica expressamente vedada a cessão, a terceiros, de crédito de reembolso relativo a despesas realizadas com assistência à saúde pelo Beneficiário Titular e/ou seus Dependentes.

O Beneficiário deverá acessar www.goldencross.com.br, área restrita, informar o login e senha, clicar em serviços, todos os aplicativos, reembolso e realizar o download do Formulário de Reembolso. O beneficiário deverá observar os documentos necessários de acordo com o tipo de procedimento, de forma a evitar a devolução do pedido por motivo de informações incompletas/incorretas.

Os medicamentos utilizados durante a realização de procedimentos hospitalares, cobertos durante a internação, serão reembolsados de acordo com o Guia Farmacêutico BRASÍNDICE.

Não serão passíveis de reembolso os eventos que não constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e suas atualizações, os procedimentos sem previsão de cobertura neste contrato, as despesas com alimentação de acompanhante (ressalvados os casos de pacientes menores de 18 (dezoito) anos, maior de 60 (sessenta) anos, portadores de deficiências e gestantes em pré-parto, parto e pós-parto, conforme inciso I do Art.22 da Resolução Normativa 338/2013) e serviços extraordinários, tais como telefonia, enfermagem particular, aluguel de televisão, dentre outros.

Os documentos necessários deverão ser enviados por carta registrada, para a Golden Cross contendo: nome completo, CPF, matrícula, endereço, telefone, a quantidade e valor dos recibos, dados bancários para crédito em nome do Beneficiário.

Endereço:

Golden Cross – Departamento de Sinistros

Caixa Postal 40.002

CEP. 20270-970

Categories	Despesas hospitalares	Honorários médicos em internação	Exames complementares/ serviço auxiliares	Intervenção ambulatorial	Consultas
Standard	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Básico I	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Básico II	1,0	2,0	1,0	1,0	1,0
Plena I	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Plena II	1,0	2,0	1,0	1,0	1,0
Golden Care I	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Golden Care II	1,0	2,0	1,0	1,0	1,0
Essencial 100	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Essencial 200	1,0	2,0	1,0	1,0	1,0
Especial 100	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Especial 200	1,0	2,0	1,0	1,0	1,0
Especial 300	1,0	2,0	1,0	1,0	2,0
Especial 400	1,0	3,0	1,0	1,0	4,0
Especial 500	1,0	4,0	1,0	1,0	7,0
Executivo 100	Integral	3,0	2,0	2,0	2,0
Executivo 200	Integral	5,0	3,0	3,0	3,0
Executivo 300	Integral	7,0	4,0	4,0	4,0
Executivo 400	Integral	9,0	5,0	5,0	5,0
Executivo 500	Integral	12,0	6,0	6,0	6,0
Executivo 600	Integral	12,0	6,0	6,0	10,0

O prazo máximo para reembolso é de até 30 (trinta) dias, a contar da data de recebimento da documentação completa na Golden Cross. O crédito do reembolso será efetuado na conta corrente do cliente, quando este for o titular da conta bancária e conforme Tabela de Reembolso de Procedimentos Médico-Hospitalares Golden Cross.

Caso necessite de uma prévia do valor a ser reembolsado e a data aproximada do pagamento, a Central de Serviços poderá prestar-lhe essa informação.

Importante: O múltiplo de reembolso indica até quantas vezes o plano reembolsa o valor do serviço médico-hospitalar mencionado na Tabela de Reembolso de Procedimentos Médicos Golden Cross.

O valor do reembolso é limitado à quantidade de US (Unidade de Serviço) da Tabela de Reembolso de Procedimentos Médicos Golden Cross, multiplicada pelo seu valor na data do evento e pelo múltiplo de reembolso correspondente à categoria do plano contratado.

O reembolso será de acordo com os limites e condições previstos em contrato. Antes de solicitar o reembolso, tire cópia dos recibos para a sua Declaração de Imposto de Renda.

Essas informações podem ser consultadas no Portal da Golden Cross, através do endereço eletrônico www.goldencross.com.br

SERVIÇOS ADICIONAIS E OPCIONAIS

Os serviços adicionais serão concedidos gratuitamente, pela Golden Cross, nas condições abaixo estabelecidas, durante o período de vigência contratual, e serão prestados por empresas contratadas e designadas pela Contratada com este fim.

A Contratada reserva-se no direito de, a qualquer tempo, cancelar, suspender ou modificar, sem ônus para as partes, os serviços adicionais abaixo especificados, independente de aviso prévio.

SERVIÇOS ADICIONAIS

ASSISTÊNCIA 24 HORAS

Importante! Esta cobertura não é válida para os produtos Golden Care I e Golden Care II.

Tem por objetivo oferecer aos *Clientes da Golden Cross com residência permanente no Brasil serviços de assistência às pessoas, suas bagagens e objetos pessoais, quando em viagens no Brasil ou no exterior, sem acréscimo no valor da mensalidade.

1. Assistência médica:

Os serviços de assistência médica limitam-se a tratamentos de urgência de quadros agudos e serão orientados para assistência em viagem de eventos súbitos e imprevisíveis onde haja o diagnóstico de uma enfermidade clara, comprovada e aguda que impeça a continuação normal de uma viagem e pela mesma razão não estejam designados, nem contratados, nem sejam oferecidos para procedimentos eletivos ou para adiantar tratamentos ou procedimentos de longa duração senão para garantir a recuperação inicial e as condições físicas que permitam a normal continuação da viagem.

Os serviços de assistência médica acima citados incluem:

- Consultas médicas
- Atenção de especialistas

- Exames médicos complementares
- Medicamentos
- Odontologia de urgência
- Hospitalizações
- Intervenções cirúrgicas
- Terapia intensiva e unidade coronária

Importante: Exclusão de doenças preexistentes e doenças crônicas.

A menos que o voucher da prestadora de serviço indique o contrário, estarão expressamente excluídas dos serviços assistenciais, todas as doenças crônicas ou preexistentes ou congênitas ou recorrentes, conhecidas ou não pelo Beneficiário, assim como seus agravamentos e consequências, inclusive se as mesmas aparecerem pela primeira vez durante a viagem.

2. Traslados sanitários

Em casos de emergência, a prestadora de serviço organizará o traslado ao centro assistencial mais próximo para que o Beneficiário ferido ou enfermo receba atendimento médico. O Traslado será realizado em carro, ambulância, ambulância UTI ou transporte aéreo, conforme necessidade de cada Beneficiário, com acompanhamento médico ou de enfermeira se corresponder.

3. Repatriação médica

A repatriação médica do Beneficiário se dará somente quando o departamento médico da prestadora de serviço considerar necessário e exclusivamente como consequência de um acidente grave. A repatriação do Beneficiário ferido até o país de sua residência será realizada em avião de linha aérea regular, com acompanhamento médico ou de enfermeira se corresponder, sujeito à disponibilidade de assento.

4. Acompanhamento de menores

Se um Beneficiário viajar somente como a única companhia de um ou mais menores de quinze anos, sendo também este ou estes Beneficiário(s), e encontrar-se impossibilitado para se ocupar do(s) mesmo(s) por enfermidade ou acidente ocorrido durante a viagem, a prestadora de serviço organizará o deslocamento de um familiar, para que o mesmo acompanhe o(s) menor(es) de volta ao local de sua residência permanente. A escolha do(s) meio(s) utilizados para o acompanhamento dos menores será de critério exclusivo da prestadora de serviço.

5. Traslado de um familiar

No caso do Beneficiário viajando sozinho se hospitalizar no exterior com autorização do departamento médico da prestadora de serviço e quando a hospitalização prevista para o Beneficiário for superior a 10 (dez) dias, será providenciado o traslado de um familiar, *mediante a compra de um bilhete aéreo em classe econômica*, sujeito à disponibilidade de lugar, para que este acompanhe o Beneficiário durante tal período de hospitalização.

6. Estadia de um familiar

Quando ocorrer o traslado de um familiar do Beneficiário para o acompanhamento do mesmo enquanto estiver internado, a prestadora de serviço ficará responsável pelos gastos da estadia do familiar trasladado por um período máximo de 10 (dez) dias, sempre que o Beneficiário se encontrar sozinho no exterior, estiver sem companhia ou relação pessoal ou familiar alguma durante tal período.

7. Diferença de tarifa por viagem de retorno adiada ou antecipada

Havendo a necessidade do Beneficiário antecipar o retorno ao seu país de residência habitual, seja porque (i) sofreu acidente ou foi acometido de alguma enfermidade, ou; (ii) em razão de falecimento de pai, cônjuge, filho/a ou irmão/ a, a prestadora de serviço, mediante prévia autorização de sua parte e comprovação de tais fatos pelo Beneficiário, assumirá o pagamento da penalidade, diferença de tarifa ou o custo de uma nova passagem em classe econômica do lugar em que o Beneficiário se encontra até seu domicílio. O evento causador desta assistência deverá ser comprovado

mediante a denúncia policial correspondente. Quando se tenha utilizado este serviço, o Beneficiário deverá transferir à prestadora de serviço o cupom não utilizado do bilhete aéreo original ou seu contra valor.

8. Gastos de hotel por convalescença

Será reembolsado os gastos de hotel, somente em conceito de alojamento (quer dizer, sem extras), sempre com autorização prévia da central operacional correspondente ao Beneficiário, quando o médico responsável prescrever repouso forçado após uma internação. Para obter este benefício, o Beneficiário deverá ter sido internado por um período mínimo de 5 (cinco) dias, e sempre que a dita internação tenha sido comprovadamente autorizada pela prestadora de serviço.

9. Reembolso de gastos por atraso ou cancelamento de voo

Se o voo do Beneficiário atrasar por mais de 6 (seis) horas consecutivas da hora programada de partida do voo original, e sempre e quando não tenha nenhuma outra alternativa de transporte durante essas 6 (seis) horas, será reembolsado até os limites indicados a seguir, por conceito de gastos de hotel, alimentação, táxi e comunicações realizados durante o período de demora, e até o limite indicado em seu voucher. A prestadora de serviço reembolsará somente estes gastos contra apresentação de comprovantes originais que provem irrefutavelmente os gastos feitos pelo Beneficiário, e um documento da empresa aérea certificando a demora ou cancelamento sofrido.

Importante: Para usufruir do reembolso, o Beneficiário deverá contatar a prestadora de serviço, antes de deixar o aeroporto onde ocorreu o fato.

10. Transmissão de mensagens urgentes

Serão transmitidas mensagens urgentes e justificadas, relativas a qualquer um dos eventos objetos das prestações contempladas nas condições gerais prestadora de serviço.

11. Assistência em caso de roubo ou extravio de documentos, etc.

Será fornecida assessoria ao Beneficiário sobre os procedimentos a serem seguidos no local, no caso de terem sido roubados ou extraviados

seus documentos pessoais, bilhetes aéreos e/ou cartões de crédito.

12. Retorno antecipado por sinistro grave na residência

Em caso de sinistro grave (incêndio, inundação, explosão ou roubo com danos e violência) no domicílio real e permanente do Beneficiário quando este se encontra de viagem, sempre e quando não houver nenhuma pessoa que possa assumir a situação, e sua passagem original de retorno não lhe permite a troca gratuita da data, a prestadora de serviço assumirá o pagamento da penalidade ou diferença de tarifa que corresponda ao custo de uma nova passagem em classe econômica do lugar em que o Beneficiário se encontra até seu domicílio. O evento causador desta assistência deverá ser comprovado mediante a denúncia policial correspondente. Quando se tenha utilizado este serviço, o Beneficiário deverá transferir à ASSIST-CARD o cupom não utilizado do bilhete aéreo original ou seu contra valor.

13. Repatriação funerária

Em caso de falecimento do Beneficiário, será providenciada a repatriação funerária e arcará com as despesas necessárias:

- a) Do custo do caixão necessário para o transporte.
- b) Dos trâmites administrativos.
- c) Do transporte até o aeroporto de retorno ao país de residência permanente do Beneficiário, pelo meio que a prestadora de serviço considerar mais conveniente.

14. Localização de bagagens

A prestadora de serviço assistirá o Beneficiário no exterior com todos os meios a seu alcance para localizar bagagens extraviadas que tenham sido despachadas no depósito do mesmo voo internacional no qual viaja o Beneficiário.

15. Assistência legal

No caso de ser imputado ao Beneficiário uma responsabilidade em um acidente em um país onde a prestadora de serviço oferece assistência, a mesma colocará à disposição do Beneficiário um advogado para que se encarregue de sua

defesa civil ou criminal. Se o Beneficiário precisar de assistência jurídica para ajuizar reclamações ou demandas contra terceiros por danos ou outra compensação em conexão com acidentes, esta colocará um advogado à disposição do Beneficiário para tal fim.

16. Antecipação de fundos para finanças

Se o Beneficiário for detido por com o motivo de que lhe seja imputada responsabilidade criminal em um acidente, poderá recorrer à prestadora de serviço para obter um empréstimo a fim de pagar a fiança exigida para obter sua liberdade condicional.

17. Antecipação de gastos médicos

Nos casos em que os gastos de hospitalização, intervenções cirúrgicas, honorários médicos, odontológicos e produtos farmacêuticos, excederem o limite previsto, o Beneficiário, poderá recorrer à prestadora de serviço para obter um empréstimo a fim de pagar as despesas.

18. Antecipação de fundos em caso de perda ou roubo de dinheiro

Em caso de perda ou roubo ou extravio de dinheiro, desde que devidamente comprovados através de denúncia às autoridades competentes, o Beneficiário poderá recorrer à prestadora de serviço para obter um empréstimo.

19. Extravio de bagagem

Cobertura válida durante transporte nacional e internacional em avião de companhia aérea regular, e despachado no balcão da mesma. A empresa de seguros indenizará o Beneficiário por quilograma despachado e volume completo perdido e até o montante máximo indicado em seu voucher.

Importante: Não será considerado o valor real da bagagem extraviada.

Documentação necessária

- a) Formulário P.I.R. (Property Irregularity Report).
- b) Passaporte, voucher da prestadora de serviço com comprovante de cobertura, passagens aéreas.

c) Comprovantes originais dos gastos efetuados (para a compensação de gastos por demora na localização da bagagem).

d) Original do recibo de indenização da companhia aérea (para a indenização por perda total).

Importante:

Os danos à bagagem e/ou faltantes parciais ou totais de conteúdo não darão lugar a compensação nem a nenhuma indenização. A indenização por perda total de bagagem será paga ao Beneficiário somente no país onde o cartão foi emitido.

As compensações e/ou indenizações descritas são por pessoa e não por volume extraviado. Quando duas ou mais pessoas compartilharem o mesmo volume extraviado, as compensações e/ou indenizações indicadas acima serão pagas proporcionalmente.

Todas as compensações e/ou indenizações descritas serão pagas na moeda local do país em que se fizerem os pagamentos. O tipo de câmbio a ser aplicado será o mesmo vigente na data da emissão do cartão do Beneficiário.

A redação completa das coberturas pertinentes a Assistência 24h, está inserida nas condições gerais do seu produto. Acesse www.goldencross.com.br

CONCIERGE

Importante! Esta cobertura é válida somente para produtos Executivos 100, 200, 300, 400, 500 e 600.

Os serviços de CONCIERGE servem para auxiliar o Beneficiário na execução de algumas tarefas, disponibilizando uma equipe de profissionais 24 horas por dia para realizar a busca das informações solicitadas. Por essa razão a **Central de Assistência em Viagem** não se responsabilizará por eventuais solicitações feitas diretamente pelo Beneficiário, sem sua prévia autorização.

Para atendimento das solicitações, a equipe de CONCIERGE empenhará os melhores esforços para apresentar ao Beneficiário os melhores fornecedores, para que este possa escolher aquele que melhor atender à sua expectativa.

Visto que o serviço de CONCIERGE auxilia a realizar a busca e em alguns casos a organização do serviço, todas as despesas

provenientes dessas solicitações ficarão por conta exclusiva do Beneficiário, sendo imprescindível que o mesmo possua cartão de crédito para que a assistência seja prestada.

A **Central de Assistência em Viagem** atenderá a todas as solicitações do Beneficiário desde que possíveis e que não atentem contra a ética, a moral e a legislação local.

Assessoria Empresarial

Quando o Beneficiário solicitar, a **Central de Assistência em Viagem** organizará os seguintes serviços:

- a) Locação de equipamentos: telefone celular, computadores, notebooks, impressoras, projetores para apresentações, entre outros;
- b) Locação de salas para realização de eventos: convenções, palestras, conferências, exposições, workshops;
- c) Indicação de profissional para trabalho em evento temporário: recepcionista, secretária, tradutor, intérprete, mestre de cerimônias, manobrista e outros necessários à realização do evento.

Assessoria cultural e turística

Informações sobre eventos culturais, diversões, além de indicações e reservas, conforme a seguir.

Informações de viagens:

- a) Documentações, passaportes, requisitos de vistos, vistos de entrada, vacinas;
- b) Números de telefones de embaixadas e consulados brasileiros;
- c) Informações meteorológicas;
- d) Condições do trânsito e mapas;
- e) Informações sobre o país e suas principais cidades.

Informações de eventos:

- a) Informações sobre horários e ingressos para ópera, balé, teatros, concertos, museus, shows e outras atividades culturais;
- b) Informações sobre o país e suas principais cidades;
- c) Informações sobre locais para a prática de esportes;

- d) Reserva e compra de ingressos;
- e) Reservas e compra de ingressos para peças de teatro, espetáculos musicais, concertos, museus, shows, jogos esportivos e outros eventos;
- f) Reservas em restaurantes, bares e casas noturnas.

Importante:

- O custo do ingresso poderá ser acrescido de taxa de reserva e/ou entrega, cujo valor será informado quando da sua aquisição;
- Esses ingressos estão sujeitos à disponibilidade local e, após solicitação, não será possível efetuar alterações ou cancelamentos;
- Restituições de valores pagos para a compra de ingressos de eventos cancelados estão sujeitas às condições determinadas pela organizadora do evento;
- Uma vez realizada a reserva, a **Central de Assistência em Viagem** não garantirá a devolução de eventuais valores que tiverem sido adiantados.

Reserva em restaurantes do Brasil e do exterior:

Sempre que o Beneficiário solicitar, a **Central de Assistência em Viagem** efetuará reservas em restaurantes do Brasil e do exterior, da preferência do Beneficiário.

Locações:

- a) Veículos de passeio, luxo, esportivos e especiais;
- b) Limusines;
- c) Imóveis de temporada, flats, castelos, ilhas;
- d) Helicópteros, embarcações, aviões.

Importante: Uma vez realizada a locação, a **Central de Assistência em Viagem** não garantirá a devolução de eventuais valores que tiverem sido adiantados.

Compra e envio de presentes:

- a) Envio de flores, balões, cestas;
- b) Envio de bebidas finas, caixas de chocolate;
- c) Presentes tradicionais e originais;
- d) Envio de serenata, serestas;

- e) Telegrama animado, tele-mensagens, chuvas de pétalas;

Assessoria para viagens

O Beneficiário poderá contar com a **Central de Assistência em Viagem**, que estará disponível para fornecer os serviços estabelecidos a seguir.

Assistência para viagens

- a) Reservas de hotel;
- b) Reservas e confirmação de voos;
- c) Transmissão de mensagens urgentes, exclusivamente para familiares domiciliados no Brasil;
- d) Indicação de agências e/ou operadoras de viagens.

Envio de documentos pessoais:

Em caso de extravio (perda, furto ou roubo) de qualquer documento pessoal, imprescindível para prosseguimento da viagem, a **Central de Assistência em Viagem**, sempre que possível, fornecerá informações relativas a como proceder com a política local, endereços e telefones de consulados ou embaixadas, administradora de cartões de crédito indicando o número de telefone para o cancelamento. Poderá ainda entrar em contato com os familiares, a fim de enviar cópias desses documentos ao Beneficiário.

Importante: Este serviço será fornecido quando o Beneficiário encontrar-se em viagem a mais de 100 (cem) quilômetros do município de sua residência. Limite de peso do documento: até 1 (um) kg, dentro das exigências de postagem.

Documentos empresariais:

Em casos de extravio de qualquer documento imprescindível ao seu trabalho (CDs, DVDs, relatórios etc.), a **Central de Assistência em Viagem**, sempre que possível, enviará cópias desses documentos ao Beneficiário, desde que a empresa as disponibilize. Limite de peso do documento: até 1 (um) kg, dentro das exigências de postagem.

Importante: Este serviço será fornecido quando o Beneficiário encontrar-se em viagem a mais de 100 (cem) quilômetros do município de sua residência.

ASSISTÊNCIA EMPRESARIAL

Importante! Esta cobertura não é válida para os produtos Golden Care I e Golden Care II.

Tem por objetivo oferecer aos Clientes Empresariais dos produtos até 29 (vinte e nove) Beneficiários, uma variedade de serviços com os quais os usuários poderão sentir-se amparados nas situações emergenciais ou não.

Limite territorial e duração

O âmbito territorial da assistência estender-se-á ao território brasileiro.

Garantias de Assistência à Empresa:

- Envio de Chaveiro por perda, roubo, furto ou quebra das chaves.
- Serviço de segurança e vigilância
- Serviço de limpeza
- Hidráulica
- Envio de eletricista
- Vidraceiro
- Serviço de retirada e devolução de microcomputador
- Locação de microcomputador
- Serviço de informações
- Remoção inter-hospitalar
- Transmissão de mensagens urgentes
- Transferência e guarda de móveis
- Regresso antecipado do usuário por sinistro na empresa
- Recuperação do veículo
- Serviço de courier
- Serviço de transporte
- Serviço de conexão telefônica

REMISSÃO

Importante! Esta cobertura não é válida para os produtos Golden Care I e Golden Care II.

Os Beneficiários Dependentes (cônjuge, companheiro/companheira, filhos naturais ou adotivos com até 21 anos incompletos ou filhos solteiros com até 24 anos e comprovadamente estudantes de cursos regulares) incluídos pela Estipulante no presente contrato, por solicitação do Beneficiário Principal, terão, após análise da ocorrência, no caso de falecimento do

Beneficiário Principal, as suas mensalidades quitadas por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses, contados da data do evento, de acordo com as condições aqui dispostas.

1 – O benefício somente passará a vigorar a partir do pagamento da 6ª (sexta) mensalidade e desde que:

- a) O falecimento tenha decorrido de causas naturais ou acidentais passíveis de cobertura por este contrato, observadas as exclusões de cobertura previstas no item 2 deste instrumento;
- b) A cobertura do contrato não esteja suspensa por motivo de atraso no pagamento da mensalidade;
- c) A solicitação do benefício da remissão seja requerida, pelos Beneficiários Dependentes, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados do falecimento do Beneficiário Titular.

No caso de morte do Beneficiário Principal por acidente pessoal, não haverá a carência tratada no Parágrafo acima.

Esta cobertura se dará mediante o preenchimento de uma nova Proposta/Contrato, com os mesmos benefícios do anterior, exceto remissão.

Quando da ocorrência do óbito do Beneficiário Principal, será necessária a apresentação dos seguintes documentos para a caracterização da ocorrência:

- a) Cópia da Certidão de Óbito do Beneficiário Principal;
- b) Cópia de documentos que comprovem a relação de dependência dos demais Beneficiários do contrato de assistência à saúde em relação ao Beneficiário Principal;
- c) Cópia do Registro de Ocorrência, quando se tratar de morte acidental;
- d) Outros documentos que a Contratada, na ocasião, julgar necessários.

2 – Os Beneficiários Dependentes não terão cobertura de remissão temporária quando a morte do Beneficiário Principal ocorrer em consequência de:

- a) Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução,

agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes;

c) Doenças e lesões (e suas consequências) preexistentes à contratação do seguro (de conhecimento do Segurado) não declaradas na Ficha Cadastral Empresarial, quando exigido;

d) Os acidentes ocorridos em consequência de competições em veículos, inclusive treinos preparatórios;

e) Quaisquer alterações mentais (direta ou indireta) consequentes do uso de álcool, de drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas;

f) De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e cataclismos;

g) De ato reconhecidamente perigoso e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à Lei;

h) Qualquer tipo de hérnia e suas consequências;

i) O parto ou aborto e suas consequências;

j) As perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

k) O suicídio ou a tentativa de suicídio, e as consequências desta última;

l) O choque anafilático e suas consequências;

m) De epidemia.

O cancelamento do contrato firmado entre a Contratada e o Estipulante ocasionará a imediata perda do benefício da remissão temporária por parte dos Beneficiários Dependentes. Assim, o cancelamento do benefício em tela se dará na mesma data da rescisão do contrato entre Contratada e Estipulante.

A garantia de Remissão é concedida aos Beneficiários sem acréscimo no valor da mensalidade.

PROGRAMA DE DESCONTOS EM MEDICAMENTOS

A Golden Cross oferece aos seus associados o Programa Golden de Descontos em Medicamentos, um serviço que proporciona aos seus clientes inúmeras vantagens e facilidades

nas principais cidades do país, e o que é melhor: sem custo adicional ao produto de saúde.

No Programa Golden de Descontos em Medicamentos os associados podem:

- Contar com uma ampla rede credenciada de farmácias e drogarias.
- Adquirir medicamentos da Lista Preferencial, desde para doenças comuns até àqueles voltados para patologias mais graves, com grande utilização e alto custo.
- Obter descontos de até 35% nos medicamentos de marca e de até 50% nos genéricos.

Para usufruir desse serviço, basta apresentar o cartão Golden Cross e a receita médica em uma farmácia credenciada. Para conhecer a relação de farmácias conveniadas e mais detalhes desse benefício, consulte: www.goldencross.com.br.

O benefício é válido enquanto estiver em vigor a parceria entre a Golden Cross e a Prestadora de Serviço.

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS

Importante! Esta cobertura não é válida para os produtos Golden Care I e Golden Care II.

O benefício garante aos beneficiários o pagamento do capital segurado contratado, caso venha ocorrer a morte do segurado decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto ou a perda, redução ou impotência funcional, total.

Acidente Pessoal é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a Morte ou Invalidez Permanente Total do Segurado.

Garantias:

Morte Acidental: Garante aos beneficiários o pagamento do Capital Segurado contratado para esta garantia, caso venha ocorrer a morte do segurado decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas do seguro.

Invalidez Permanente Total por Acidente: Garante ao próprio segurado o pagamento do capital segurado contratado para esta garantia,

caso haja a perda, redução ou impotência funcional, total, conforme estabelecido na tabela abaixo de 1 (um) membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal devidamente coberto mediante comprovação por laudo médico, e desde que tais lesões não sejam suscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas do seguro.

Beneficiários: O segurado poderá livremente e a qualquer tempo indicar, por escrito, o(s) beneficiário(s) que desejar, ressalvadas as restrições legais, para receber o valor do capital segurado, na hipótese de sua morte devidamente coberta.

Não havendo beneficiário indicado na ocasião do falecimento do segurado principal, o capital segurado será pago na forma da Lei.

Limite de idade: O limite de idade para inclusão do seguro será 70 anos, 11 meses e 29 dias.

Vigência: O seguro de Pessoas em questão vigera por 36 (trinta e seis) meses, contados do início da vigência do Plano de Saúde, sem possibilidade de prorrogação. Em caso de cancelamento do titular (es) ou da totalidade do contrato de Plano de Saúde, o Seguro de Pessoas será imediatamente cancelado.

Cancelamento do Seguro:

- a) Com a morte do seguro principal;
- b) Por solicitação formal do segurado principal;

c) Por falta de pagamento de prêmios, respeitando o período de vigência correspondente ao prêmio pago;

d) Automaticamente se o segurado, seus propostos, seus dependentes ou seus beneficiários agirem com dolo, culpa grave, cometerem fraude ou faltarem com o dever de lealdade e de boa fé objetiva durante o processo de contratação ou durante toda a vigência do contrato;

e) Automaticamente pela inobservância das obrigações convencionadas no contrato de seguro, por parte do segurado, seus beneficiários, seus dependentes ou prepostos.

f) Automaticamente, com o cancelamento ou final de vigência sem renovação da apólice Contratada entre Estipulante e a seguradora.

g) Automaticamente, com o desaparecimento do vínculo existente entre o Estipulante e o segurado (cancelamento do plano de saúde), respeitando o período do prêmio já pago.

h) Com a Invalidez Total e Permanente por Acidente

Capital segurado:

O capital individual máximo por falecimento do segurado em consequência de acidente ou invalidez permanente, não poderá ser superior ao valor de R\$ 25.000,00 em qualquer época de vigência da apólice.

O segurado ou seu(s) beneficiário(s), para recebimento da indenização deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do sinistro, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando a sociedade seguradora quaisquer medidas tendentes a elucidação do sinistro.

Tabela para cálculo da indenização em caso de Invalidez total permanente	% sobre a importância segurada
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100

SERVIÇOS OPCIONAIS

ATENDIMENTO DOMICILIAR – GOLDEN MED

Importante! Para os produtos Golden Care I e II cobertura limitada ao Rio de Janeiro.

A Golden Cross coloca à disposição dos seus clientes um excelente serviço de atendimento médico domiciliar de urgência e emergência 24 (vinte e quatro) horas por dia.

O serviço disponibiliza ambulâncias e UTI's móveis ligadas a uma Central Computadorizada e médicos de plantão 24 (vinte e quatro) horas.

O Beneficiário receberá orientações básicas a respeito de como agir até a chegada do médico.

Início da cobertura e exclusões:

A cobertura das despesas com atendimento médico domiciliar de urgência e emergência terá início 30 (trinta) dias após o pagamento da primeira mensalidade.

Estão excluídos das coberturas previstas neste instrumento os atendimentos a parturientes, salvo nas situações caracterizadas como urgência e/ou emergência.

Área de atuação

Fica certo e ajustado que a área geográfica onde haverá o atendimento, é a seguinte:

SÃO PAULO

Área de cobertura para Beneficiários domiciliados em:

São Paulo (capital):

Água Rasa, Alphaville, Alto de Pinheiros, Anhanguera, Aricanduva, Artur Alvim, Barra Funda, Bela Vista, Belém, Bom Retiro, Brás, Brasilândia, Brooklin, Butantã, Cachoeirinha, Cambuci, Campo Belo, Campo Grande, Campo Limpo, Cangaíba, Capão Redondo, Carrão, Casa Verde, Centro, Cidade Ademar, Cidade Dutra, Cidade Líder, Cidade Tiradentes, Consolação, Cursino, Ermelino Matarazzo, Freguesia do Ó, Grajaú, Guaianazes, Ibirapuera, Iguatemi, Ipiranga, Itaim Bibi, Itaim Paulista, Itaquera, Jabaquara, Jaguará, Jaguaré, Jd. América, Jd. Ângela, Jd. Helena, Jd. São Luís, José Bonifácio, Lajeado, Lapa, Liberdade, Limão, Mandaqui, Moema, Mooca, Morumbi,

Osasco, Pacaembu, Parelheiros, Pari, Parque do Carmo, Pedreira, Penha, Perdizes, Perus, Pinheiros, Pirituba, Ponte Rasa, Raposo Tavares, República, Rio Pequeno, Sacomã, Santa Cecília, Santana, Santo Amaro, São Domingos, São Lucas, São Miguel, São Rafael, Sapopemba, Saúde, Sé, Socorro, Tatuapé, Tremembé, Tucuruvi, Vila Curuçá, Vila Formosa, Vila Guilherme, Vila Leopoldina, Vila Mariana, Vila Matilde, Vila Maria, Vila Medeiros, Vila Nova Conceição e Vila Prudente.

Barueri, Caieiras, Carapicuíba, Cotia, Diadema, Embú, Franco da Rocha, Guarulhos, Itanhaém, Itapevi, Mairiporã, Mauá, Moncaguá, Osasco, Praia Grande, Santana de Paraíba, Santo André, Santos, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Vicente, Taboão da Serra e Vicente de Carvalho: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

RIO DE JANEIRO

Área de cobertura para Beneficiários domiciliados em:

Rio de Janeiro (capital), Belford Roxo, Duque de Caxias, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Queimados, São Gonçalo e São João de Meriti: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

BAHIA

Área de cobertura para Beneficiários domiciliados em:

Salvador, Lauro de Freitas: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

DISTRITO FEDERAL

Área de cobertura para Beneficiários domiciliados em:

Brasília: Asa Norte, Asa Sul, Lago Norte, Lago Sul e Plano Piloto.

Cidades Satélites: Águas Claras, Candangolândia, Ceilândia, Cidade Ocidental, Cruzeiro Novo, Cruzeiro Velho, Gama, Guará I, Guará II, Novo Gama, Núcleo Bandeirante, Paranoá, Park Way, Recanto das Emas, Riacho Fundo, Samambaia, Santa Maria, São Sebastião, Sobradinho, Taguatinga, e Valparaíso I e Valparaíso II.

ESPÍRITO SANTO

Área de cobertura para Beneficiários domiciliados em:

Cariacica, Viana, Vitória, Vila Velha e Serra: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

GOIÁS

Área de cobertura para Beneficiários domiciliados em:

Goiânia: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Aparecida de Goiânia: Jardim das Esmeraldas, Setor dos Afonsos e Vila Brasília.

MINAS GERAIS

Área de cobertura para Beneficiários domiciliados em:

Belo Horizonte, Região Barreiro, Região Centro-Sul, Região Leste, Região Nordeste, Região Noroeste, Região Norte, Região Oeste, Região Pampulha, Região Venda Nova, Betim, Brumadinho, Caeté, Confins, Contagem, Esmeraldas, Ibirité, Igarapé, Juatuba, Lagoa Santa, Mateus Leme, Nova Lima, Pedro Leopoldo, Raposos, Ribeirão das Neves, Rio Acima, Sabará, Santa Luzia, São Joaquim de Bicas – Município de Igarapé, São José da Lapa, Sarzedo e Vespasiano: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

PERNAMBUCO

Área de cobertura para Beneficiários domiciliados em:

Abreu de Lima: Centro.

Cabo de Santo Agostinho: Centro, Ponte dos Carvalhos e Pontezinha.

São Lourenço da Mata: Centro.

Igarassu: Centro.

Camaragibe, Iguaraçu Paulista, Ipojuca, Itamaracá, Itapissunga, Jaboatão dos Guararapes, Olinda e Recife: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

PORTO ALEGRE

Área de cobertura para Beneficiários domiciliados nos seguintes bairros:

Agronomia, Anchieta, Arquipélago, Auxiliadora, Azenha, Bela Vista, Belém Novo, Belém Velho, Boa Vista, Bonfim, Bom Jesus, Camaquã, Cascata, Cavalhada, Centro, Chacarã das Pedras, Cidade Baixa, Cel. Aparício Borges, Cristal, Cristo Redentor, Espírito Santo, Farrapos, Farroupilha, Floresta, Glória, Guarujá, Higienópolis, Hípica, Humaitá, Independência, Ipanema, Jd. Botânico, Jd. Carvalho, Jd. ItuSabarã, Jd. Floresta, Jd. Lindoia, Jd. São Pedro, Lajeado, Lambi, Lomba Pinheiro, Marcílio Dias, Mário Quintana, Medianeira, Menino Deus, Moinhos de Vento, Mont Serrat, Navegantes, Nonoai, Partenon, Passo da Areia, Pedra Redonda, Petrópolis, Ponta Grossa, Praia de Belas, Restinga, Rio Branco, Rubem Berta, Santa Cecília, Santa Maria Goretti, Santa Tereza, Santana, Santo Antônio, São Geraldo, São João, São José, São Sebastião, Sarandi, Serraria, Teresópolis, Três Figueiras, Tristeza, Vila Assunção, Vila Conceição, Vila Ipiranga, Vila Jardim, Vila João Pessoa e Vila Nova.

ORIENTAÇÕES IMPORTANTES

Importante: A condição geral está disponível no portal da Golden Cross, no perfil Canal Cliente – Condições Gerais, e poderá ser consultada ou impressa a qualquer momento. Caso tenha alguma dúvida, quanto às cláusulas contratuais, por favor, entre em contato com a nossa Central de Serviços.

ORIENTAÇÕES IMPORTANTES

– A Golden Cross disponibiliza, conforme área de abrangência definida em contrato, uma ampla rede credenciada. Nesses estabelecimentos o atendimento não demanda qualquer tipo de pagamento, basta escolher o prestador, definir a data do atendimento por telefone e no dia da realização do serviço apresentar a carteira de identidade e o cartão de identificação Golden Cross;

– Como forma de otimizar a consulta à Rede Referenciada, disponibilizamos a relação completa dos prestadores de serviços no portal www.goldencross.com.br.

– Consulte e imprima seu livro de rede personalizado através do nosso portal

– Somente haverá necessidade de assinar mais de uma guia na consulta médica caso o médico venha a realizar um procedimento ou um exame. Não assine guias em branco ou guias de procedimentos não realizados;

– Se o usuário for menor de idade, os pais e/ou responsáveis deverão apresentar a própria carteira de identidade caso o usuário não a possua. Recém-nascidos com menos de 30 dias, nascidos de parto coberto pelo contrato, poderão ser atendidos mediante apresentação do cartão Golden Cross do Beneficiário Titular responsável, desde que o período de carência tenha sido cumprido;

– Caso haja utilização dos serviços de um médico que não faça parte da rede referenciada, o cliente deverá verificar se contratualmente tem direito a Livre Escolha de Médicos e Serviços. Caso afirmativo, poderá solicitar reembolso na forma contratual;

– Caso haja necessidade de internação eletiva (aquela que não faça ocorrer em situação de emergência ou urgência), é importante comunicar através do Portal Golden Cross que fará a análise para a liberação de serviços. O prazo para análise é de 10 dias contados da data de entrega da documentação completa;

– Em hipótese alguma empreste seu cartão ou o de seus Dependentes, ele é pessoal e intransferível;

– Confira se o que foi escrito pelo médico tanto na guia como no receituário, está legível. Havendo dúvida, não hesite em perguntar. Verifique a data e os serviços marcados na guia de serviços apresentada pelo profissional. Depois de conferir, você pode assiná-la;

– Não assine uma nova guia se, dentro do prazo de 30 (trinta) dias, você retornar ao consultório para entrega e avaliação dos resultados e exames. Esse procedimento é considerado uma nova consulta. Caso não possa comparecer no dia e hora da consulta, entre em contato para desmarcar;

– Em uma nova consulta médica, leve os últimos exames realizados. Eles auxiliam no diagnóstico e no início do tratamento necessário;

– Se tiver dúvidas a respeito da especialidade médica a procurar, marque a consulta com o clínico geral;

– É de responsabilidade da Estipulante no contrato de exclusão dos Beneficiários ou cancelamento do contrato, recolher e devolver as respectivas carteiras de identificação, de propriedade da Contratada, bem como qualquer documento análogo, respondendo, como fiel depositário, em caso de uso indevido.

CANAIS DE RELACIONAMENTO COM O CLIENTE

CANAIS DE COMUNICAÇÃO

A Golden Cross tem as melhores e mais modernas ferramentas de comunicação com os clientes: as Centrais de Atendimento e as funcionalidades on-line.

Lembre-se de ter em mãos o cartão de identificação do plano de saúde quando fizer contato com alguma das centrais, para auxiliá-lo no momento do atendimento.

Para sugestões, elogios, informações, reclamações e cancelamentos:

Golden Fone (SAC) – 0800 728 2001 – Capitais e interior.

Serviço de atendimento disponível 24h, 7 dias por semana;

Para indicação de rede credenciada, indicação de rede para procedimentos emergenciais e atendimento de urgência e emergência:

Central de Serviços – 4004 2001 – Capitais e Regiões Metropolitanas. 0800 729 2001 – Demais localidades

Deficientes Auditivos:

0800 727 2001 (Capitais e Interior) – Telefone exclusivo para atender os deficientes auditivos. É necessário ter o aparelho compatível com sua deficiência para interagir com a Central.

Golden Internet – Portal Golden Cross
www.goldencross.com.br

Pelo portal, o cliente utiliza os seguintes serviços:

- Consulta à rede credenciada;
- Acesso à fatura;
- Informações sobre produtos e processos de reembolso;

- Liberação de senhas para exames, internações, etc.
- Movimentação Cadastral de Beneficiários: inclusão, alteração e exclusão;
- Atendimento exclusivo pelo Fale com Cadastro para assunto de manutenção cadastral da empresa e dos Beneficiários.

Golden Ouvidoria

Um canal aberto de comunicação entre a Golden Cross e os clientes que eventualmente não conseguirem resolver suas questões por meio do Golden Fone, a nossa Central de Relacionamento com o Cliente, ou pelo Portal Golden Cross, no Canal do Cliente.

Para reclamações, sugestões ou elogios, entre em contato com a Ouvidoria, enviando um fax para (21) 2565-4386 ou acesse o Portal Golden Cross – Fale com a Golden Ouvidoria.