

# Manual do Beneficiário

Plano de Assistência à Saúde, Coletivo por Adesão

PLANO DE SAÚDE  
**COLETIVO  
POR  
ADESÃO**

Regulamentado pela  
Agência Nacional de Saúde  
Suplementar – ANS

# Entenda como foi viabilizado o seu plano de saúde

## COLETIVO POR ADESÃO

---

### BENEFICIÁRIO

O Beneficiário de plano privado de assistência à saúde **COLETIVO POR ADESÃO** é a pessoa natural, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em legislação, normativos regulatórios e em contrato de adesão assinado com a Administradora de Benefícios e a Operadora, para garantia da assistência médico-hospitalar ou odontológica. O Beneficiário titular é quem possui o vínculo com uma das pessoas jurídicas definidas no art. 9º da Resolução Normativa nº 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

### OPERADORA

A Operadora é a pessoa jurídica que presta serviços ou cobertura de custos assistenciais, com a finalidade de garantir a assistência médico-hospitalar ou odontológica por meio do acesso a profissionais ou serviços de saúde, na forma estabelecida no contrato de adesão. A Operadora deste plano de saúde é a Golden Cross, uma das empresas pioneiras no setor e uma das maiores e mais destacadas operadoras do país. A Golden Cross é hoje uma referência em assistência médico-hospitalar no Brasil, graças à excelência no padrão de atendimento e nos serviços prestados aos seus beneficiários.



ANS nº 403911

### ENTIDADE

A Entidade é a pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial que representa a população a ela vinculada e que contratou a Qualicorp como sua Administradora de Benefícios para defender os interesses dos Beneficiários perante a Operadora. A Entidade a que o Beneficiário está vinculado é aquela indicada no contrato de adesão e, portanto, quem legitima seu ingresso e permanência no plano.

### ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

A Administradora de Benefícios é a pessoa jurídica contratada pela Entidade para atuar junto à Operadora na viabilização deste plano, prestando serviços de oferta, administração e relacionamento com o Beneficiário. A Qualicorp é a Administradora de Benefícios que contratou este plano de saúde **COLETIVO POR ADESÃO** com a Golden Cross, em convênio com a sua Entidade. A Qualicorp foi pioneira nesse mercado e hoje é a maior Administradora de Benefícios do Brasil, proporcionando acesso à saúde de qualidade e bem-estar a milhões de brasileiros.



ANS nº 417173

# Entenda o seu plano de saúde **COLETIVO POR ADESÃO**

---

Você adquiriu um plano de saúde coletivo por adesão, que possui uma forma de contratação própria e obedece a regras específicas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Essa modalidade de plano destina-se a atender a um grupo de pessoas que, assim como você, faz parte de uma categoria profissional, classista ou setorial e é vinculado a uma Entidade de Classe.

A Qualicorp é a Administradora de Benefícios responsável por viabilizar esse benefício. Foi ela quem contratou o plano junto à Operadora e o disponibilizou a você, por meio de um convênio com a sua Entidade.

Ao reunir os beneficiários em grupos, em parceria com a sua Entidade de Classe, a Qualicorp consegue negociar melhores condições para todos. É a força da coletividade, beneficiando você e sua família.

## **NO PLANO COLETIVO POR ADESÃO,**

o plano é contratado pela Administradora, em convênio com a Entidade.



## **NO PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR,**

o plano é contratado isoladamente pelo beneficiário.



## COLETIVO POR ADEÇÃO

### O QUE É

- É contratado por uma Administradora de Benefícios junto a uma Operadora de Saúde e disponibilizado ao Beneficiário por meio de convênio com uma Entidade de Classe profissional, classista ou setorial que representa esse beneficiário.
- Também pode ser contratado diretamente por uma Entidade de Classe junto à Operadora, sem a participação da Administradora de Benefícios.
- Em ambos os casos, os beneficiários dos planos coletivos por adesão são as pessoas que mantêm vínculo com a Entidade.
- No caso do plano coletivo por adesão que você adquiriu, o benefício foi contratado por uma Administradora: a Qualicorp.

### REQUISITOS

*É exigido da pessoa que pretende aderir:*

- Possuir CPF válido (beneficiário titular) e estar vinculado a alguma Entidade de Classe de caráter profissional, classista ou setorial que oferte esse tipo de benefício.

### INÍCIO DE VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

*Trata-se da data de início da vigência do plano, ou seja, do momento em que a cobertura assistencial do plano de saúde começa.*

- Pode ser acordada entre o beneficiário e a Administradora de Benefícios.
- A partir da vigência, será encaminhada a cobrança do valor mensal do benefício contratado, na forma autorizada pelo beneficiário no Contrato de Adesão.

### RESCISÃO/SUSPENSÃO DO BENEFÍCIO

*Só pode ser realizada unilateralmente, conforme as regras e prazos previstos em contrato, nas seguintes situações:*

- Por uma das pessoas jurídicas contratantes (Operadora, Administradora ou Entidade).
- Em caso de inadimplência do beneficiário, perda da elegibilidade ou se constatada fraude no uso do plano ou nas informações prestadas na contratação.

### REAJUSTE ANUAL

*Poderá ser aplicado somente 1 (uma) vez ao ano.*

- A Operadora de Saúde estabelece o reajuste anual com base na variação dos custos médicos e o comunica à Administradora de Benefícios. A Qualicorp Administradora, na condição de representante dos interesses dos beneficiários e das Entidades, negocia com a Operadora o melhor índice possível, visando preservar o equilíbrio econômico do benefício e garantir a qualidade do atendimento. Após isso, a Operadora deve informar o percentual aplicado à ANS.

## INDIVIDUAL OU FAMILIAR

### O QUE É

- É contratado diretamente por pessoas físicas junto a uma Operadora de Saúde.
- Quando incluir dependentes, é denominado plano familiar.
- Nesse tipo de contratação, o beneficiário não conta com uma Entidade de Classe de caráter profissional, classista ou setorial na representação e na defesa dos seus direitos.
- Não há o apoio de uma Administradora de Benefícios, como a Qualicorp.

### REQUISITOS

*É exigido da pessoa que pretende aderir:*

- Possuir CPF válido (beneficiário titular) e contratar o plano diretamente com a Operadora de Saúde.

### INÍCIO DE VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

*Trata-se da data de início da vigência do plano, ou seja, do momento em que a cobertura assistencial do plano de saúde começa.*

- Dá-se a partir da assinatura da proposta de adesão.
- Ou do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro.

### RESCISÃO/SUSPENSÃO DO BENEFÍCIO

*Só pode ser realizada unilateralmente, conforme as regras e prazos previstos em contrato, nas seguintes situações:*

- Nos casos de inadimplência do beneficiário por mais de 60 dias, desde que notificado até o quinquagésimo dia da inadimplência.
- Se constatada fraude no uso do plano ou nas informações prestadas na contratação.

### REAJUSTE ANUAL

*Poderá ser aplicado somente 1 (uma) vez ao ano.*

- O reajuste anual é definido pela ANS, que autoriza a aplicação do mesmo diretamente pela Operadora de Saúde.

**Prezado(a) Beneficiário(a),**

Você contratou um plano de assistência à saúde COLETIVO POR ADESÃO, cuja forma de contratação e características obedecem às resoluções e instruções normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Este Manual foi elaborado com o objetivo de reforçar as regras e condições estabelecidas no seu Contrato de Adesão e esclarecer todos os aspectos relativos à utilização, manutenção e eventual cancelamento do seu plano. Aqui você encontra todos os seus direitos e obrigações.

Para sua comodidade, verifique no sumário da próxima página as divisões deste Manual por assunto e identifique no(s) anexo(s) qual o plano que você contratou e as suas características específicas.

**Seja bem-vindo(a)!**

**Qualicorp Administradora de Benefícios**



# Sumário

---

## CAPÍTULOS

01. A Qualicorp Administradora de Benefícios \_\_\_\_\_ pág. 07
02. A contratação coletiva do plano de saúde \_\_\_\_\_ pág. 10
03. Formas de utilização do plano de saúde \_\_\_\_\_ pág. 13
04. Coberturas e procedimentos garantidos \_\_\_\_\_ pág. 16
05. Cobertura de saúde adicional \_\_\_\_\_ pág. 30
06. Exclusões de cobertura \_\_\_\_\_ pág. 31
07. Validação prévia de procedimentos \_\_\_\_\_ pág. 35
08. Carências \_\_\_\_\_ pág. 37
09. Cobertura parcial temporária \_\_\_\_\_ pág. 42
10. Reembolso \_\_\_\_\_ pág. 45
11. Alterações cadastrais \_\_\_\_\_ pág. 48
12. Pagamento \_\_\_\_\_ pág. 55
13. Reajustes \_\_\_\_\_ pág. 58
14. Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão  
ao plano de saúde \_\_\_\_\_ pág. 61
15. Serviço opcional: Golden Med \_\_\_\_\_ pág. 65

# Sumário

---

## ANEXOS

Anexo I: Plano ADESÃO GOLDEN CARE 10 \_\_\_\_\_ pág. 69

Anexo II: Plano ADESÃO GOLDEN CARE 20 \_\_\_\_\_ pág. 73

Anexo III: Plano ADESÃO ESSENCIAL 10 \_\_\_\_\_ pág. 77

Anexo IV: Plano ADESÃO ESSENCIAL 20 \_\_\_\_\_ pág. 83

Anexo V: Plano ADESÃO ESPECIAL 10 \_\_\_\_\_ pág. 89

Anexo VI: Plano ADESÃO ESPECIAL 20 \_\_\_\_\_ pág. 95

Anexo VII: Plano UB CLUBE DAME GOLDEN CROSS BÁSICO  
- AMB/HOSP - ENFERMARIA \_\_\_\_\_ pág. 101

Anotações \_\_\_\_\_ pág. 107

Use bem, use sempre \_\_\_\_\_ contracapa

As informações constantes deste Manual estão sujeitas às condições e às alterações que se deem por força de Lei e de normas regulamentadoras expedidas pelos órgãos competentes, bem como às regras contratuais estabelecidas entre a Qualicorp e a Golden Cross.

# 01.

## A Qualicorp Administradora de Benefícios

---

ALÉM DO PADRÃO DE QUALIDADE DA GOLDEN CROSS, AGORA VOCÊ CONTA COM O APOIO DA QUALICORP, ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS ESPECIALIZADA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS A PESSOAS JURÍDICAS PARA A VIABILIZAÇÃO DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, COLETIVOS POR ADESÃO, À POPULAÇÃO VINCULADA A ELAS.

A Qualicorp idealizou, criou e implantou o projeto de plano de assistência à saúde, coletivo por adesão, projeto que tem como principal objetivo oferecer a Entidades (Pessoas Jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial), e à população elegível por essas mesmas Entidades, o benefício de assistência à saúde suplementar, por meio de apólices e contratos com Operadoras de planos de saúde renomadas e pelo menor preço possível.

Neste caso, a Golden Cross analisou o projeto, aceitou-o e concordou com a sua implantação, conforme as condições ajustadas no contrato de plano de assistência à saúde, coletivo por adesão, mantido com a Qualicorp, cujas condições contratuais ora estão reproduzidas neste Manual. A Entidade a que está vinculado o beneficiário estudou o projeto, considerou-o plenamente conforme aos interesses da população que representa e autorizou a sua implantação.

Este projeto compreende, ainda, dentro de sua ampla concretização, propiciar e conferir aos beneficiários um resultado final, consistente numa assistência eficaz à saúde, com pronto e eficiente atendimento. Para tanto, inserem-se aqui diversos serviços que são inerentes à atividade exercida pela Qualicorp como administradora de benefícios e na qualidade de contratante, conforme normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Entre esses serviços, estão:

- A. Apoio técnico na discussão de aspectos operacionais, tais como negociação de reajuste, aplicação de mecanismos de regulação pela Operadora de planos de saúde e alteração de rede assistencial;
- B. Realização de serviços administrativos, de forma terceirizada, para a Operadora ou para a Pessoa Jurídica contratante do plano de saúde;
- C. Movimentação cadastral;

## A Qualicorp Administradora de Benefícios

---

- D. Conferência de faturas;
- E. Cobrança aos beneficiários;
- F. Atendimento aos beneficiários para questões administrativas;
- G. Distribuição do material da Operadora para os beneficiários.

Para conhecer os canais de atendimento da Qualicorp que estão à sua disposição, confira os dados a seguir.

### CENTRAIS DE ATENDIMENTO POR TELEFONE

#### Central de Serviços

*Use a Central de Serviços para fazer alterações cadastrais e tratar de outras questões específicas do seu plano: cobranças, solicitações, dúvidas etc.*

Capitais e regiões metropolitanas: **4004-4400**

Demais regiões: **0800-16-2000**

Expediente: de segunda a sexta-feira, das 7 às 22h, e aos sábados, das 8 às 16h.

#### SAC

*Use o SAC para obter informações institucionais sobre a Qualicorp, fazer sugestões, elogios, reclamações ou cancelamentos.*

Todo o Brasil: **0800-779-9002**

Expediente: 24 horas por dia, todos os dias.

### CENTRAL DE ATENDIMENTO POR FAX

São Paulo: **(11) 3016-8836**

Rio de Janeiro: **(21) 3223-9059**

Outras localidades:

**4002-8877** (capitais e regiões metropolitanas)

**(11) 4002-8877** (demais regiões)

# A Qualicorp Administradora de Benefícios

---

## CENTRAL DE ATENDIMENTO PESSOAL\*

### São Paulo

Rua Dr. Plínio Barreto, 365 – 1º andar

Bela Vista – São Paulo – SP – CEP 01313-020

Expediente: de segunda a sexta-feira, das 8h30 às 17h30 (exceto feriados).

*\*Informe-se também sobre a existência, em sua Entidade, de Postos de Atendimento da Qualicorp.*

## OUVIDORIA

**[ouvidoria@qualicorp.com.br](mailto:ouvidoria@qualicorp.com.br)**

## CORREIO

Caixa Postal 65155

São Paulo – SP – CEP 01318-970

## INTERNET

Portal de Serviços: **[www.qualicorp.com.br](http://www.qualicorp.com.br)**

(para entrar em contato com a Qualicorp, veja especialmente a página

**[www.qualicorp.com.br/faleconosco](http://www.qualicorp.com.br/faleconosco)**)

Esses canais não substituem nem invalidam os canais de atendimento da Golden Cross. Pelo contrário, são estruturas que coexistem para você ter mais conveniência e conforto na utilização do seu plano de saúde.

## 02.

## A contratação coletiva do plano de saúde

---

AS CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO CELEBRADO COM A GOLDEN CROSS FORAM REDIGIDAS COM A OBSERVÂNCIA DO *CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO* (LEI Nº 10.406/02), DO *CÓDIGO DE PROTEÇÃO E DEFESA DO CONSUMIDOR* (LEI Nº 8.078/90), DO *ESTATUTO DO IDOSO* (LEI Nº 10.741/03) E COM BASE NA LEI Nº 9.656/98 E NAS NORMAS REGULAMENTARES EDITADAS PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS), QUE REGULAMENTAM OS PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.

Trata-se de um contrato de plano de assistência à saúde, coletivo por adesão, celebrado entre a Qualicorp Administradora de Benefícios e a Golden Cross e destinado à população que mantenha, comprovadamente, vínculo com a sua Entidade, conforme definido a seguir:

<b>Operadora</b>	Vision Med Assistência Médica Ltda., atual razão social da Golden Cross Assistência Internacional de Saúde Ltda. (ANS n.º 403911)
<b>Administradora de Benefícios/Contratante</b>	Qualicorp Administradora de Benefícios S.A. (ANS n.º 417173)
<b>Entidade</b>	Pessoa Jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, referida no Contrato de Adesão (a “Proposta”), que representa legitimamente a população a ela vinculada e que tenha contratado a administradora de benefícios para a viabilização do plano de assistência à saúde, coletivo por adesão, destinado a essa mesma população.
<b>Beneficiários</b>	População vinculada à Entidade, com a devida comprovação dessa relação, e que tenha aderido ao contrato coletivo de plano de assistência à saúde.

---

### Atenção

A contratação do plano de saúde pelos beneficiários é feita através do Contrato de Adesão (a “Proposta”), observadas as regras e condições nele dispostas, que estão reproduzidas e mais bem detalhadas neste Manual.

---

## 02.

# A contratação coletiva do plano de saúde

---

## 2.1. BENEFICIÁRIOS

### 2.1.1. QUEM PODE SER BENEFICIÁRIO TITULAR

Poderão ser beneficiários titulares todos os indivíduos vinculados à Entidade indicada no Contrato de Adesão (a “Proposta”), com a devida comprovação dessa relação, e que tenham aderido ao contrato coletivo de plano de saúde.

### 2.1.2. QUEM PODE SER BENEFICIÁRIO DEPENDENTE

Poderão ser beneficiários dependentes os seguintes indivíduos, desde que mantenham uma relação de dependência com o beneficiário titular e desde que tenham sido inscritos por ele no benefício:

- Cônjuge ou companheiro(a)\*;
- Filho(a) solteiro(a) de qualquer idade\*;
- Enteado(a) solteiro(a) de qualquer idade\*; e
- Menor de idade solteiro(a) sob guarda ou tutela do beneficiário titular\*.

*\*Superadas as condições de adesão (por exemplo: extinção da guarda ou tutela etc.), será analisada a possibilidade de permanência do(a) dependente no benefício.*

## 2.2. VIGÊNCIA DO CONTRATO COLETIVO

O prazo de vigência define o período em que vigorará o contrato coletivo.

O contrato coletivo de plano de assistência à saúde celebrado entre a Qualicorp e a Golden Cross vigorará pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, podendo ser renovado, automaticamente, por prazo indeterminado, desde que não ocorra denúncia, por escrito no prazo de 60 (sessenta) dias, por qualquer das partes, seja pela Golden Cross ou pela Qualicorp.

## 02.

## A contratação coletiva do plano de saúde

---

### 2.2.1. RESCISÃO DO CONTRATO COLETIVO

O contrato coletivo de plano de assistência à saúde celebrado entre a Qualicorp e a Golden Cross poderá ser rescindido por qualquer uma das partes, seja pela Golden Cross ou pela Qualicorp. Em caso de rescisão do contrato coletivo, a Qualicorp será responsável por comunicar esse fato aos beneficiários, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

### 2.3. CATEGORIAS DE PLANOS

O benefício contratado é oferecido em 7 (sete) categorias de planos diferentes (cujas características estão detalhadas nos anexos deste Manual), conforme indicado nas opções do Contrato de Adesão (a “Proposta”), a saber:

<b>Categoria de plano</b>	<b>Código da ANS</b>
ADESÃO GOLDEN CARE 10	474.758/15-5
ADESÃO GOLDEN CARE 20	474.757/15-7
ADESÃO ESSENCIAL 10	470.812/14-1
ADESÃO ESSENCIAL 20	470.810/14-5
ADESÃO ESPECIAL 10	470.811/14-3
ADESÃO ESPECIAL 20	470.813/14-0
UB CLUBE DAME GOLDEN CROSS BÁSICO - AMB/HOSP - ENFERMARIA	436.296/01-9

---

### Atenção

Os planos podem se diferenciar pela lista de prestadores credenciados pela Golden Cross, pela acomodação em caso de internação, pela segmentação assistencial, pela abrangência geográfica, bem como pelo atendimento através do sistema de livre escolha de prestadores. Para conferir as informações específicas da sua categoria de plano, consulte, neste Manual, o respectivo “Anexo”.

---

## 03.

# Formas de utilização do plano de saúde

---

TANTO PARA PROCEDIMENTOS ELETIVOS AMBULATORIAIS (CONSULTAS, EXAMES E SERVIÇOS ESPECIALIZADOS), PROCEDIMENTOS HOSPITALARES (INTERNAÇÕES CLÍNICAS, CIRÚRGICAS E OBSTÉTRICAS), QUANTO PARA PROCEDIMENTOS DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA, AS FORMAS DE UTILIZAÇÃO VARIAM DE ACORDO COM O PLANO CONTRATADO, CONFORME INDICADO A SEGUIR NESTE CAPÍTULO, BEM COMO NO ANEXO, REFERENTE À SUA CATEGORIA DE PLANO.

### 3.1. ATENDIMENTO NA REDE MÉDICA CREDENCIADA

A Golden Cross coloca à disposição do beneficiário uma rede credenciada de prestadores de serviços médicos, sendo que nesses estabelecimentos o atendimento não demanda, por parte do beneficiário, nenhum tipo de pagamento ao prestador escolhido.

Veja como agilizar o atendimento:

- Consulte a lista de credenciados e escolha o prestador de sua conveniência ou necessidade;
- Ligue para o prestador e agende a data do atendimento;
- Dirija-se ao prestador escolhido, munido de seu documento de identidade (RG) e de seu cartão de identificação válido da Golden Cross (veja a seguir).

## Formas de utilização do plano de saúde

### Cartão de identificação

A Golden Cross disponibiliza ao beneficiário um cartão de identificação personalizado. Para facilitar o atendimento, o cartão e o documento de identidade (RG) devem ser apresentados aos prestadores credenciados no ato da solicitação do serviço. O cartão de identificação é exclusivo, pessoal e intransferível. Em caso de extravio, comunique-o imediatamente à Qualicorp, pelos telefones indicados neste Manual. A renovação do cartão será feita a cada 2 (dois) anos.



Imagens meramente ilustrativas.

### Lista de prestadores credenciados

A lista de prestadores credenciados é disponibilizada pela Golden Cross e está dividida em prontos-socorros, maternidades, hospitais gerais, consultórios etc. Por estar sujeita a alterações, é atualizada quando necessário pela Golden Cross, segundo as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A lista de prestadores credenciados é de responsabilidade da Golden Cross. Para consultar prestadores acesse o site **www.goldencross.com.br**. Caso tenha alguma dúvida entre em contato com a Central de Serviços da Golden Cross, pelo telefone **4004-2001** (capitais e regiões metropolitanas) e **0800-729-2001** (demais localidades - Interior). Portadores de necessidades especiais auditivas devem ligar para **0800-727-2001** (capitais e interior), a partir de aparelho compatível para interagir com a Central.

### 3.2. PROGRAMA ESPECIAL DE ATENDIMENTO

A Golden Cross, especificamente em relação às condições médicas mencionadas a seguir, 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:

## 03.

# Formas de utilização do plano de saúde

---

- a) Tratamento clínico e cirúrgico das doenças cardíacas, neurológicas e vasculares;
- b) Tratamento cirúrgico da coluna vertebral;
- c) Tratamento cirúrgico oftalmológico, otorrinolaringológico, bucomaxilofacial 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.

---

### Atenção

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 da Operadora: Portal Golden Cross – endereço eletrônico: [www.goldencross.com.br](http://www.goldencross.com.br) e na Central de Serviços.

Os casos configurados como urgência e emergência especificados neste Manual, não serão objeto de direcionamento pela Golden Cross.

---

## Coberturas e procedimentos garantidos

---

ESTÃO COBERTOS TODOS OS PROCEDIMENTOS LISTADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE, VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO, INSTITUÍDO PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS), PARA A SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA ESTABELECIDADA NO CONTRATO, INDEPENDENTEMENTE DA CIRCUNSTÂNCIA E DO LOCAL DE OCORRÊNCIA DO EVENTO, PARA TODAS AS DOENÇAS DA *CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE* (CID-10), DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS).

### 4.1. COBERTURA ASSISTENCIAL

- Os procedimentos e eventos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a Operadora e os prestadores de serviço de saúde.
- Cobertura de todos os procedimentos e eventos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente a época do evento, que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anestesista, caso haja indicação clínica, respeitando-se os critérios de credenciamento, reembolso ou qualquer tipo de relação entre a Operadora e os prestadores de serviços de saúde.

Os insumos necessários para realização de procedimentos cobertos pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos terão sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica, respeitando-se os critérios de credenciamento, reembolso ou qualquer tipo de relação entre a Operadora e os prestadores de serviços de saúde.

## Coberturas e procedimentos garantidos

---

- Cobertura das ações de planejamento familiar que envolvem as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico, previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.
- A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.
- Cobertura de todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas.
- Cobertura de todos os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos, quando elas constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente a época do evento, respeitados os prazos de carência e de Cobertura parcial temporária (CPT), e a segmentação contratada.
- Cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidente de trabalho.
- Cobertura dos procedimentos e eventos em saúde listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, que envolvam a colocação, inserção e/ou fixação de órteses, próteses ou outros materiais terão cobertura igualmente assegurada para sua remoção e/ou retirada.
- Cobertura de taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento que possuam cobertura obrigatória, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/Manual na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), respeitados os critérios de credenciamento, reembolso ou qualquer tipo de relação entre a Operadora e os prestadores de serviços de saúde.

## Coberturas e procedimentos garantidos

---

- Cobertura da continuidade do tratamento no caso de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, conforme prescrição do profissional assistente e justificativa clínica, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a Cobertura parcial temporária (CPT).

---

### Atenção

Os procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura deste Manual, como, por exemplo, a internação em leito de terapia intensiva após a realização de transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas sim parte integrante do procedimento inicial, não recebendo, portanto, cobertura pelo contrato coletivo.

Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, de acordo com a segmentação contratada.

*\* Todas as escopias listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.*

---

#### 4.1.1. COBERTURA AMBULATORIAL

- Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, efetuadas por profissionais legalmente registrados no Conselho Regional de Medicina (CRM), em especialidades 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 habilitados, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterizem como internação.

## Coberturas e procedimentos garantidos

---

- Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o número estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.
- Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico, devidamente habilitados, de acordo com a indicação do médico assistente.
- Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano.
- Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.
- Cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD).
- Cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde, dentro de estabelecimento de saúde.

Definem-se adjuvantes como medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

## Coberturas e procedimentos garantidos

---

- Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando preferencialmente as seguintes características:
  - a) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional (DCI), conforme definido pela Lei n.º 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e
  - b) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA.
- Cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.
- Cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e do apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.
- Cobertura de hemoterapia ambulatorial.
- Cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.
- Cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme resolução específica vigente sobre o tema.
- Cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação.

## Coberturas e procedimentos garantidos

---

### 4.1.2. COBERTURA HOSPITALAR

- Cobertura de todas as modalidades de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em unidades referenciadas aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

---

### Atenção

Nos casos das internações exclusivamente psiquiátricas, quando ultrapassar 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer de 1 (um) ano de vigência do beneficiário, haverá coparticipação de 30% (trinta por cento) sobre as despesas hospitalares e os honorários médicos de internação.

---

- Cobertura das despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular, e alimentação.
- Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e 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 do plano contratado.

---

### Atenção

Não há cobertura para remoção residencial e/ou domiciliar, nem para deslocamentos que não sejam vinculados ao estabelecimento hospitalar.

---

## Coberturas e procedimentos garantidos

---

- Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada, durante o período de internação hospitalar do beneficiário, quando indicado pelo médico assistente.
- Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.

Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais (OPME) necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.

O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela Operadora, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, entre aquelas regularizadas na ANVISA, que atendam às características especificadas.

Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a Operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, sendo as despesas arcadas pela Operadora.

O profissional requisitante pode recusar até três nomes indicados por parte da operadora para composição da junta medica.

- Cobertura de diárias e taxas hospitalares, de acordo com o serviço realizado, incluindo os materiais cobertos utilizados, durante período de internação.
- Cobertura das despesas, incluindo acomodação e alimentação (de acordo com os padrões de fornecimento quantitativo de refeições determinado pelo respectivo hospital, com exceção de despesas extraordinárias), relativas ao acompanhante, salvo contraindicação do médico ou cirurgião dentista assistente, respeitado o disposto no regulamento interno do hospital credenciado e suas condições de instalação, nos seguintes casos:

a) crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;

## Coberturas e procedimentos garantidos

---

- b) idosos a partir do 60 (sessenta) anos de idade; e
  - c) pessoas portadoras de deficiências.
- Cobertura dos procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, 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 do beneficiário.
  - Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização de procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, utilizados durante o período de internação hospitalar do beneficiário.

Tratando-se de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente avaliarão e justificarão a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao beneficiário, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos e assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.

---

### Atenção

Não estão incluídos na cobertura deste contrato coletivo os 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.

---

## Coberturas e procedimentos garantidos

---

- 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, e suas respectivas diretrizes de utilização, vigente na época do evento.
- Cobertura dos seguintes procedimentos, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação hospitalar:
  - A. Hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
  - B. Quimioterapia oncológica ambulatorial;
  - C. Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
  - D. Hemoterapia;
  - E. Nutrição parenteral ou enteral;
  - F. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
  - G. Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
  - H. Radiologia intervencionista;
  - I. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
  - J. Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
  - K. Acompanhamento clínico, no pós-operatório imediato, mediato e tardio, dos beneficiários pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, excetuando-se o fornecimento de medicação de manutenção.

## Coberturas e procedimentos garantidos

---

- Cobertura para transplantes de órgãos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:
  - A. as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob as expensas da Operadora;
  - B. os medicamentos utilizados durante a internação;
  - C. o acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção;
  - D. as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, proveniente de doador-cadáver, na forma de ressarcimento ao SUS.

---

### Atenção

As despesas assistenciais com doadores vivos, referidas acima, somente serão cobertas pela Operadora quando o candidato ao transplante de órgão for beneficiário da Operadora.

O beneficiário candidato a transplante de órgão proveniente de doador-cadáver deverá obrigatoriamente estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs), sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção, conforme legislação vigente.

---

- Todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluindo o atendimento das lesões autoinflingidas.
- Cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização da ANS.

## Coberturas e procedimentos garantidos

---

Entende-se por hospital-dia para transtornos mentais como o recurso, intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos, por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

### 4.1.3. COBERTURA OBSTÉTRICA

Além de todas as coberturas citadas anteriormente, no item 4.1.2. (“Cobertura hospitalar”), ficam acrescidos os itens a seguir:

- Procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério, bem como a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário (titular ou dependente), durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

---

### Atenção

A cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário (titular ou dependente), durante os primeiros 30 (trinta) dias, ocorrerá desde que o beneficiário titular (pai ou mãe ou responsável legal) tenha cumprido a carência de 180 (cento e oitenta) dias.

Caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal não tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário.

---

- Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas a um acompanhante indicado pela beneficiária gestante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto por 48 (quarenta e oito) horas, salvo contra-indicação do médico assistente, ou até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente.

## Coberturas e procedimentos garantidos

---

### Atenção

Os casos de clínica médica de urgência, salvo quando em período de carência ou Cobertura parcial temporária (CPT), serão cobertos se solicitados pelo médico assistente. Estarão cobertos os honorários médicos relativos aos procedimentos clínicos ou cirúrgicos referentes às especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e realizados durante a internação.

Tais procedimentos incluem os serviços prestados pelo médico assistente ou cirurgião, auxiliares, anestesistas e instrumentadores previstos pela Golden Cross.

---

#### 4.1.4. EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS

- A partir do início de vigência do beneficiário e respeitadas as carências estabelecidas no contrato, a cobertura para os atendimentos de urgência e emergência será aquela estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, instituído pela ANS para a segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

Emergência é o evento que implique risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizada em declaração do médico assistente.

Urgência é o evento resultante de Acidentes Pessoais ou complicações no processo gestacional.

- Nos casos de emergência e urgência, durante o cumprimento dos períodos de carência descritos no contrato, o beneficiário terá cobertura ambulatorial assegurada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação.
- 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

## Coberturas e procedimentos garantidos

---

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 de cobertura hospitalar para a continuidade do atendimento, a cobertura cessará.

- Nos casos de emergência e urgência quando houver acordo para Cobertura parcial temporária (CPT), o beneficiário terá cobertura ambulatorial assegurada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação e que resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e Procedimentos de alta complexidade (PAC) relacionados a Doenças e lesões preexistentes (DLP).
- A partir da constatação da necessidade de realização de procedimentos exclusivos de internação e cobertura hospitalar para os beneficiários que estão em cumprimento dos períodos de carência, ou para aqueles que estão em acordo para CPT e que o atendimento resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e PAC relacionados a DLP, ainda que dentro do período de 12 (doze) horas e na mesma unidade de atendimento, será garantida a remoção do beneficiário para uma unidade do SUS.
- Após atendimento de urgência e emergência, será garantida a remoção quando necessária por indicação médica para outra unidade credenciada ou para o SUS, quando não há cobertura para a continuidade do tratamento.
- Após atendimento de urgência e emergência, será garantida a remoção do beneficiário para a unidade da rede credenciada, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade do atendimento do beneficiário.
- Nos casos de atendimento de urgência, exclusivamente decorrente de acidente pessoal, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do beneficiário, é garantida a cobertura sem restrições.

## 04.

# Coberturas e procedimentos garantidos

---

- Depois de cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.
- Nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência em unidade credenciada, dentro da área de abrangência do plano contratado, será garantido o reembolso de acordo com o plano e os múltiplos contratados. O valor do reembolso não será inferior ao valor praticado pela Operadora à rede credenciada para o plano do beneficiário.

Os documentos necessários para a solicitação do reembolso estão no capítulo 10 (“Reembolso”) deste Manual, bem como os prazos de pagamento e do envio da documentação.

---

### Atenção

As coberturas referidas no item 4.1.4. (“Emergências e urgências”) deste capítulo não se aplicam na íntegra para o Plano UB CLUBE DAME GOLDEN CROSS BÁSICO – AMB/HOSP – ENFERMARIA. Para saber mais sobre a cobertura específica dessa categoria de plano, consulte, neste Manual, o respectivo “Anexo”.

---

## 05. Cobertura de saúde adicional

---

ALÉM DAS COBERTURAS PREVISTAS PELA LEI N.º 9.656/98, ESTE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE OFERECE A SEGUINTE COBERTURA DE SAÚDE ADICIONAL, CONFORME INDICADO NESTE CAPÍTULO.

### 5.1. TERAPIAS

Escleroterapia – até 12 (doze) sessões por ano de vigência do contrato coletivo, não cumulativos.

## 06. Exclusões de cobertura

ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDAS DA COBERTURA DESTE PLANO DE SAÚDE AS  
DESPESAS A SEGUIR RELACIONADAS:\*

*\*Tais regras estão sujeitas às condições e às alterações que se deem por força de Lei e de normas regulamentadoras da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).*

- 6.1. Procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como próteses, órteses e seus acessórios para esse mesmo fim;
- 6.2. Cirurgias plásticas em geral, para fins estéticos;
- 6.3. 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);
- 6.4. Enfermagem particular, ainda que em hospital, e assistência médica domiciliar, mesmo que as condições do paciente exijam cuidados especiais extraordinários;
- 6.5. Aparelhos estéticos, órteses e próteses e seus acessórios e/ou aparelhos utilizados para a substituição de função ou reabilitação, não ligados ao ato cirúrgico;
- 6.6. Atendimentos nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pelas autoridades competentes;
- 6.7. Equipamentos e aparelhos cirúrgicos para assistência médica domiciliar;

## Exclusões de cobertura

- 6.8. Tratamentos ou procedimentos relacionados a inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- 6.9. 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; são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO); ou cujas indicações não constem na bula/Manual registrado na ANVISA (uso *off-label*);
- 6.10. Materiais e medicamentos importados não nacionalizados e sem aprovação ou regulamentação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- 6.11. Medicamentos ministrados ou utilizados em tratamento domiciliar, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais, conforme disposto nas Diretrizes de Utilização constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- 6.12. 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);
- 6.13. Remoções por via aérea, marítima ou fluvial, ressalvados os casos previstos na Resolução Normativa n.º 259/2011, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), ou outra norma que venha a ser posteriormente editada sobre a mesma matéria;

## 06.

# Exclusões de cobertura

- 6.14. Transplantes de órgãos, não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- 6.15. Despesas com medicação de manutenção pós-transplante;
- 6.16. Tratamento de rejuvenescimento e/ou emagrecimento com finalidade estética;
- 6.17. 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;
- 6.18. Vacinas;
- 6.19. Tratamentos odontológicos de toda e qualquer natureza, mesmo que decorrentes de acidente pessoal, exceto cirurgias bucomaxilofaciais 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, da ANS, vigente à época do evento;
  - 6.19.1. 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;
- 6.20. Cirurgias refrativas que não correspondam às especificações do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- 6.21. Serviços de internação domiciliar, em que os cuidados médicos e de enfermagem são prestados no domicílio do paciente;

## 06.

### Exclusões de cobertura

- 6.22. 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;
- 6.23. 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;
- 6.24. Despesas extraordinárias, ou seja, aquelas não previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, ou não sujeitas às coberturas contratuais, tanto do beneficiário quanto de seu acompanhante;
- 6.25. Procedimentos médico-hospitalares para os quais o beneficiário ainda esteja em período de carência, ressalvados os casos de urgência e emergência, previstos neste Manual;
- 6.26. Outros procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.

## Validação prévia de procedimentos

---

A REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS E DOS SERVIÇOS RELACIONADOS A SEGUIR DEPENDERÃO DE VALIDAÇÃO PRÉVIA DA GOLDEN CROSS, MEDIANTE AVALIAÇÃO DO RELATÓRIO MÉDICO E DE DOCUMENTOS COMPLEMENTARES.

Os 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*.

Os procedimentos médico-hospitalares, exames complementares e serviços auxiliares mencionados a seguir, são exemplos de eventos que deverão ser submetidos à autorização prévia da Golden Cross:

### 7.1. SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE

Análises clínicas, anatomopatologia e citopatologia, laparoscopia, neurofisiologia, eletrocardiografia dinâmica (holter), eletrococleografia, ecocardiografia, tomografia computadorizada, angiografia, artroscopia, biópsia, densitometria óssea, ultrassonografia, endoscopias digestiva, ginecológica, respiratória e urológica, urodinâmica, radiologia, ressonância magnética, hemodinâmica, medicina nuclear, exames decorrentes de doenças cardíacas, neurológicas e vasculares, exames genéticos e demais serviços auxiliares de diagnose integrantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.

### 7.2. SERVIÇOS AUXILIARES DE TERAPIA

Fisioterapia, litotripsia, quimioterapia, radioterapia, diálise, hemoterapia, psicoterapia, terapia ocupacional, nutrição, acupuntura, fonoaudiologia e demais serviços auxiliares de terapia integrantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.

### 7.3. INTERNAÇÕES

Internações eletivas clínicas, cirúrgicas, obstétricas ou psiquiátricas, transplantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS.

## Validação prévia de procedimentos

---

### Atenção

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

---

### 7.4. REMOÇÕES

Não serão reembolsadas despesas de remoção sem a prévia validação da Golden Cross.

---

### Atenção

Em caso de dúvida quanto à necessidade de validação prévia para outros exames, tratamentos ou procedimentos, entre em contato com a Central de Serviços da Golden Cross.

---

### Como solicitar validação prévia

Entre em contato com a Central de Serviços da Golden Cross, por meio dos seguintes telefones:

**4004-2001** (regiões metropolitanas e capitais)

**0800-729-2001** (demais localidades - Interior)

Portadores de necessidades especiais auditivas devem ligar para **0800-727-2001** (capitais e interior), a partir de aparelho compatível para interagir com a Central.

Caso necessite de apoio, entre em contato com a Qualicorp, por meio dos canais de atendimento indicados no primeiro capítulo (“A Qualicorp Administradora de Benefícios”) deste Manual.

---

# 08.

## Carências

CARÊNCIAS SÃO OS PERÍODOS NOS QUAIS O BENEFICIÁRIO TITULAR E SEUS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES, MESMO QUE EM DIA COM O PAGAMENTO DO BENEFÍCIO, NÃO TERÃO DIREITO A DETERMINADAS COBERTURAS.\*

*\*Tais regras estão sujeitas às condições e às alterações que se deem por força de Lei e de normas regulamentadoras expedidas pelos órgãos competentes, bem como às regras contratuais estabelecidas entre a Golden Cross e a Qualicorp.*

### 8.1. PRAZOS DE CARÊNCIA

O beneficiário titular e seus beneficiários dependentes deverão cumprir os prazos de carência indicados na tabela a seguir, e que são contados a partir do início da vigência do benefício.

O cumprimento dos prazos de carências indicados na tabela a seguir só não será exigido para os beneficiários que se enquadrarem nos casos de redução ou isenção de carências. A propósito desses casos, ver a seguir, neste mesmo capítulo, os itens 8.1.1. (“Redução dos prazos de carência”) e 8.1.2. (“Isenção dos prazos de carência”).

Item	Coberturas	Carências
<b>A</b>	Casos clínicos e cirúrgicos de urgência e emergência.* Exames complementares de urgência e emergência.* Serviços auxiliares de urgência e emergência.*	24 (vinte e quatro) horas
<b>B</b>	<b>Consultas médicas:</b> todas as consultas médicas decorrentes de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). <b>Exames complementares:</b> raio-x simples, análises clínicas, todos os exames decorrentes de consultas médicas, exceto os exames especificados no item “C”, a seguir. <b>Serviços auxiliares:</b> fisioterapia, sessões com nutricionistas, sessões com fonoaudiólogos, sessões com terapeutas ocupacionais, acupuntura e psicoterapia.	30 (trinta) dias

## 08. Carências

Item	Coberturas	Carências
<b>C</b>	<b>Exames complementares:</b> anatomopatologia e citopatologia; angiografia; artroscopia diagnóstica; biópsia e punção; densitometria óssea; doppler; duplex scan; ecocardiografia uni e bidimensional com doppler; eletroencefalograma; endoscopias digestivas, ginecológicas, respiratórias e urológicas; exames decorrentes de doenças cardíacas, neurológicas e vasculares; exames genéticos; exames oftalmológicos; exames otorrinolaringológicos; laparoscopia; medicina nuclear; neurofisiologia; radiologia contrastada; radiologia intervencionista; ressonância magnética; teste de função pulmonar; tocardiografia; tomografia computadorizada; ultrassonografia em geral; ultrassonografia obstétrica; urodinâmica; tomografia de coerência óptica; todos em conformidade com as diretrizes de utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar.	180 (cento e oitenta) dias
<b>D</b>	<b>Casos clínicos e cirúrgicos:</b> Todos os procedimentos clínicos e cirúrgicos, exceto aqueles descritos nos itens E e F.	180 (cento e oitenta) dias
<b>E</b>	<b>Casos clínicos e cirúrgicos:</b> Cirurgias cardíacas e neurológicas, incluindo cirurgias de coluna, estudos hemodinâmicos, cirurgias cardiovasculares, implante de anel intraestromal, oncologia, angiotomografia coronariana e terapia imunobiológica endovenosa, todos em conformidade com as diretrizes de utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar, cirurgias bucomaxilofaciais.	180 (cento e oitenta) dias
<b>F</b>	<b>Serviços auxiliares:</b> Diálise, hemoterapia, quimioterapia, radioterapia.	180 (cento e oitenta) dias
<b>G</b>	<b>Parto a termo.</b>	300 (trezentos) dias

\*Conforme artigo 12, inciso V, da Lei n.º 9.656/98.

## 08. Carências

---

Os procedimentos e/ou eventos não listados no quadro obedecerão os prazos de carência estabelecidos pela Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, e respectiva legislação suplementar, conforme a seguir:

- a) prazo de 24 (vinte e quatro) horas, contados da data de início de vigência do contrato do beneficiário, para a cobertura dos casos de urgência e emergência.
- b) prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de início de vigência do contrato do beneficiário, para cobertura de procedimentos de alta complexidade, exames especiais de apoio diagnóstico, procedimentos terapêuticos ambulatoriais e especiais, exames e procedimentos de alta complexidade, honorários médicos de internações, custos hospitalares de internações e internação hospitalar para tratamento de transtornos psiquiátricos.
- c) prazo de 300 (trezentos) dias contados da data de início de vigência do contrato do beneficiário, para partos 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 benefício.

Os direitos adquiridos após o cumprimento dos prazos de carência terão sua continuidade assegurada, desde que o pagamento do valor mensal do benefício, até então devido, seja efetuado até a data do respectivo vencimento, conforme descrito no capítulo 12 (“Pagamento”) deste Manual.

Os filhos recém-nascidos, se incluídos no plano de saúde no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir do nascimento ou adoção, estarão isentos do cumprimento dos períodos de carência, desde que o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal, tenha cumprido o prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias. Caso o beneficiário titular ainda esteja cumprindo carências, o filho recém-nascido aproveitará os prazos de carências já cumpridos pelo beneficiário titular. Salienta-se que não caberá a alegação de Doença ou lesão preexistente (DLP) ou aplicação de Cobertura

## 08. Carências

---

parcial temporária (CPT) para os recém-nascidos inscritos em até 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção.

Os filhos adotivos menores de 12 (doze) anos, quando incluídos no plano de saúde em até 30 (trinta) dias contados do reconhecimento judicial ou extrajudicial da paternidade pelo beneficiário titular, da adoção, da guarda ou da tutela, aproveitarão os períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular. Salienta-se que não caberá a alegação de Doença ou lesão preexistente (DLP) ou aplicação de Cobertura parcial temporária (CPT) para os menores de 12 (doze) anos, inscritos em até 30 (trinta) dias do do reconhecimento judicial ou extrajudicial da paternidade pelo beneficiário titular, da adoção, da guarda ou da tutela.

As inclusões ocorridas após os prazos descritos, bem como a inclusão de cônjuge ou companheiro(a) do beneficiário titular, cumprirão as carências indicadas na tabela presente neste capítulo, bem como Cobertura parcial temporária (CPT) em casos de Doenças ou lesões preexistentes (DLP).

### 8.1.1. REDUÇÃO DOS PRAZOS DE CARÊNCIA

Em determinados casos, alguns dos prazos de carência indicados na tabela presente no item 8.1. (“Prazos de carência”) deste Manual poderão ser reduzidos. Essa possibilidade se dará exclusivamente nos casos de proponentes que, no momento da adesão a este plano de saúde, atendam, comprovadamente, às condições definidas pela Golden Cross no “Aditivo de Redução de Carências”, que faz parte do Contrato de Adesão (a “Proposta”). Salienta-se que a possibilidade de redução de carências é analisada de forma individual, para cada proponente (titular ou dependente) elegível a essa redução, e que essa possibilidade está subordinada à análise e aprovação de documentos por parte da Operadora.

Os proponentes que, após a análise e aprovação da Golden Cross, forem contemplados com prazos de carência reduzidos deverão respeitar os prazos indicados no referido “Aditivo de Redução de Carências”, que são definidos pela Operadora de acordo com a sua política comercial. Os proponentes que não se enquadrarem nas condições descritas no referido aditivo e não forem elegíveis à redução de carências deverão cumprir integralmente as carências descritas no item 8.1. (“Prazos de carência”) deste Manual.

## 08. Carências

---

### 8.1.2. ISENÇÃO DOS PRAZOS DE CARÊNCIA

Em determinados casos, poderá ser concedida a isenção dos prazos de carência indicados na tabela presente no item 8.1. (“Prazos de carência”) deste Manual. Salienta-se que essa possibilidade se dará exclusivamente para novos beneficiários que se enquadrem, comprovadamente, nos seguintes casos:

- A. Beneficiários que aderirem ao benefício durante os 30 (trinta) primeiros dias contados a partir do ingresso da sua Entidade, indicada no Contrato de Adesão (a “Proposta”), no contrato coletivo de plano de saúde celebrado entre a Qualicorp e a Golden Cross.
- B. Beneficiários que se vincularem à sua Entidade após ter decorrido o prazo referido na letra “A”, acima, e que formalizarem sua proposta de adesão ao benefício durante os 30 (trinta) primeiros dias contados a partir do subsequente aniversário da data de ingresso da Entidade no referido contrato coletivo.

## 09. Cobertura parcial temporária

---

OS BENEFICIÁRIOS COM DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP) DECLARADAS DEVERÃO CUMPRIR COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), DE ACORDO COM AS CONDIÇÕES ESTABELECIDAS NESTE CONTRATO COLETIVO DE PLANO DE SAÚDE E EM CONFORMIDADE COM AS REGRAS ESTABELECIDAS PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS).

- O proponente deverá informar à Operadora, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, que acompanha o Contrato de Adesão (a “Proposta”) ao contrato coletivo, ou a qualquer tempo, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, que poderá ensejar a rescisão contratual.
- O proponente tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada, orientado por um médico pertencente à lista de profissionais da rede credenciada, sem qualquer ônus.
- Caso o proponente opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede credenciada da Operadora, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa orientação.
- O objetivo da entrevista qualificada é orientar o proponente para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde devem ser declaradas as doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação do plano de saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.
- Sendo constatada por perícia, entrevista qualificada ou através de declaração expressa do proponente, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e de Procedimentos de alta complexidade (PAC), a Operadora oferecerá a Cobertura parcial temporária (CPT) e reserva-se o direito de não oferecer o agravo.
- Cobertura parcial temporária (CPT) é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da vigência do beneficiário no benefício, a suspensão da cobertura de Procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde

## Cobertura parcial temporária

---

que relacionados exclusivamente às Doenças ou lesões preexistentes (DLP) declaradas pelo proponente ou seu representante legal.

- Na hipótese de CPT, a Operadora suspenderá somente a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os PAC, quando relacionados diretamente à Doença ou lesão preexistente (DLP).
- Os Procedimentos de alta complexidade (PAC) encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, disponível no site **www.ans.gov.br**.
- Nos casos de CPT, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da vigência do beneficiário no benefício, a cobertura assistencial passará a ser aquela estabelecida pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, conforme a segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, prevista na Lei n.º 9.656/1998.
- Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da contratação do benefício, a Operadora deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao beneficiário.
- A Operadora poderá oferecer CPT ao beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da adesão ao benefício; ou
- A Operadora solicitará abertura de processo administrativo na ANS, quando da identificação do indício de fraude. Instaurado o processo administrativo na ANS, à Operadora caberá o ônus da prova.
- A Operadora poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.
- A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

## 09. Cobertura parcial temporária

---

- Após julgamento, e acolhida à alegação da Operadora pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da DLP, pela Operadora, bem como poderá ser excluído do contrato.
- Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do beneficiário até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

Consideram-se Doenças ou lesões preexistentes (DLP) aquelas de que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art. 4.º da Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa 162 (RN 162), e suas posteriores atualizações.

# 10. Reembolso

---

REEMBOLSO É O RESSARCIMENTO FEITO PELA GOLDEN CROSS AO BENEFICIÁRIO TITULAR, NAS CONDIÇÕES E LIMITES DO PLANO CONTRATADO, DE DESPESAS COM SERVIÇOS MÉDICOS E/OU HOSPITALARES COBERTOS PELO PLANO DE SAÚDE, DENTRO DA ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DO PLANO CONTRATADO, SEJAM ELETIVOS OU EMERGENCIAIS, EFETUADAS PELO BENEFICIÁRIO TITULAR OU POR SEUS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES FORA DA REDE CREDENCIADA DE PRESTADORES PARA O PLANO CONTRATADO.

## 10.1. TIPOS E MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO

Os reembolsos serão realizados ao beneficiário de acordo com a Tabela de Reembolso de Procedimentos Médico-hospitalares Golden Cross, observando-se o plano e os múltiplos de reembolso contratados.

---

### Atenção

Os tipos e os múltiplos de reembolso para cada procedimento estão especificados neste Manual, no “Anexo” referente à sua categoria de plano, no item 2 (“Reembolso”).

---

As despesas com medicamentos utilizados durante a realização de procedimentos ambulatoriais ou hospitalares cobertos durante a internação serão reembolsadas de acordo com o Guia Farmacêutico Brasíndice (guia de preços de medicamentos nacionalmente reconhecidos), ou outro que vier a substituí-lo.

## 10.2. DOCUMENTOS ORIGINAIS NECESSÁRIOS PARA REEMBOLSO

Para obter o reembolso de despesas efetuadas fora da rede credenciada pela Golden Cross para o plano contratado, é necessário apresentar documentos específicos, conforme indicado a seguir:

- A. Documento comprobatório com a solicitação do procedimento médico;

# 10.

## Reembolso

---

- B. Conta discriminada das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as vias originais das Notas Fiscais ou faturas (quando o prestador de serviço for uma Pessoa Jurídica) ou recibos (quando o prestador de serviço for uma Pessoa Física);
- C. Vias originais dos recibos e comprovantes de pagamento dos honorários médicos, de assistentes e, se for o caso, de auxiliares e anestesistas, em que devem constar os números do CRM, CPF e do ISS, bem como a discriminação do serviço realizado;
- D. Relatório Médico, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário titular e/ou seu(s) dependente(s) no hospital;

---

### Atenção

Os documentos devem ser apresentados no original e conter o(s) carimbo(s) do(s) prestador(es) de serviço, com o nome, a especialidade e o número de registro dos profissionais em seus respectivos Conselhos de Classe.

---

### Prazo para reembolso

---

A Golden Cross dispõe de um prazo de 30 (trinta) dias, a partir da data em que efetivamente receber do beneficiário os documentos descritos no item 10.2. (“Documentos originais necessários para reembolso”) deste capítulo, para efetuar o reembolso das despesas incorridas, no limite do plano contratado.

O valor do reembolso de despesas, de acordo com o plano contratado, será depositado pela Golden Cross na conta-corrente informada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”) ao contrato coletivo. Caso não haja tal informação, o Departamento de Sinistros da Golden Cross entrará em contato através dos telefones cadastrados do beneficiário titular. Solicita-se a leitura atenta das informações fornecidas, pois da precisão delas dependerão a eficiência e a rapidez do reembolso de despesas. Ressalta-se que, na falta de subsídios para a análise da Golden Cross, serão solicitados documentos complementares, caso em que os prazos poderão ser dilatados.

# 10. Reembolso

---

- A Operadora manterá em seu poder os recibos e Notas Fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente.
- O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo beneficiário pelas respectivas despesas.
- O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data do início do evento.

## Como solicitar reembolso

---

Reúna os documentos originais necessários para o procedimento realizado, listados no item 10.2. (“Documentos originais necessários para reembolso”), e entregue-os à Golden Cross, conforme indicado a seguir:

As solicitações de reembolso deverão ser enviadas através dos Correios para o endereço abaixo:

Caixa Postal: 40.002

CEP: 20270-970

A/C: Departamento de Sinistros

Para facilitar o preenchimento do seu reembolso, a Golden Cross disponibiliza em sua página na internet (acesse [www.goldencross.com.br](http://www.goldencross.com.br)) o formulário específico para impressão. Para acessá-lo, preencha os campos de *login* e senha e clique Menu ‘Empresa’. Em seguida, vá na opção ‘Reembolso – Informações e Formulário’ e faça o *download* do documento.

---

## Atenção

Para algumas Entidades conveniadas, existem regras e locais específicos para a solicitação de reembolso. Informe-se por meio dos canais de atendimento da Qualicorp. Salienta-se que, em todos os casos, a Golden Cross é a única e exclusiva responsável pela análise, aprovação e pagamento dos valores de reembolso.

---

# 11.

## Alterações cadastrais

---

PARA REALIZAR ALTERAÇÕES CADASTRAIS, INCLUSIVE O CANCELAMENTO DA ADESÃO AO CONTRATO COLETIVO, É NECESSÁRIA A SOLICITAÇÃO POR ESCRITO ASSINADA PELO BENEFICIÁRIO TITULAR E ENCAMINHADA À QUALICORP, QUE DEVERÁ RECEBÊ-LA ACOMPANHADA DE TODOS OS DOCUMENTOS INDICADOS, CONFORME AS ORIENTAÇÕES E OS PRAZOS APRESENTADOS, A SEGUIR, NESTE CAPÍTULO.

### 11.1. INCLUSÃO DE CÔNJUGE:

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- B. cópia da Certidão de Casamento;
- C. cópia do RG e do CPF do cônjuge;
- D. cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- E. na ausência do nome da mãe na Certidão de Casamento, apresentar cópia do PIS/PASEP;
- F. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

### 11.2. INCLUSÃO DE COMPANHEIRO(A):

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- B. Declaração de União Estável de próprio punho, contendo o número do RG e do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número de RG e assinatura de 2 (duas) testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a);
- C. cópia do RG e do CPF do(a) companheiro(a);
- D. cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- E. na ausência do nome da mãe no RG, apresentar cópia do PIS/PASEP;
- F. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

# 11.

## Alterações cadastrais

---

### 11.3. INCLUSÃO DE RECÉM-NASCIDO(A):

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- B. cópia da Certidão de Nascimento (contendo, para nascidos a partir de 01/01/2010, o número da Declaração de Nascido Vivo);
- C. cópia do Cartão Nacional de Saúde;

Caso o(a) recém-nascido(a) seja incluído(a) no benefício após 30 (trinta) dias da data do nascimento, será necessário o preenchimento da Carta de Orientação ao Beneficiário e da Declaração de Saúde.

### 11.4. INCLUSÃO DE FILHOS(AS) SOLTEIROS(AS) DE QUALQUER IDADE:

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- B. cópia da Certidão de Nascimento (contendo, para nascidos a partir de 01/01/2010, o número da Declaração de Nascido Vivo);
- C. cópia do RG (se houver);
- D. cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- E. na ausência do nome da mãe no RG e na Certidão de Nascimento, apresentar cópia do PIS/PASEP;
- F. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

No caso de filhos(as) maiores de 18 (dezoito) anos, somar cópia do CPF e, no caso de filhos(as) inválidos(as), somar Certidão de Invalidez emitida pelo INSS.

# 11.

## Alterações cadastrais

---

### 11.5. INCLUSÃO DE MENOR DE IDADE SOLTEIRO(A) SOB GUARDA OU TUTELA DO BENEFICIÁRIO TITULAR:

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- B. cópia da Certidão de Nascimento (contendo, para nascidos a partir de 01/01/2010, o número da Declaração de Nascido Vivo);
- C. cópia do RG (se houver);
- D. cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- E. na ausência do nome da mãe no RG e na Certidão de Nascimento, apresentar cópia do PIS/PASEP;
- F. cópia da tutela ou termo de guarda expedido por órgão oficial;
- G. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

Cessados os efeitos da guarda ou tutela, será analisada a possibilidade de permanência do dependente no benefício, desde que seja solteiro(a), podendo ser solicitada documentação complementar (ver o item 2.1.2., “Quem pode ser beneficiário dependente”).

### 11.6. INCLUSÃO DE ENTEADO(A) SOLTEIRO(A) DE QUALQUER IDADE:

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- B. cópia da Certidão de Nascimento (contendo, para nascidos a partir de 01/01/2010, o número da Declaração de Nascido Vivo);
- C. cópia do RG do(a) enteado(a) (se houver);
- D. cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- E. na ausência do nome da mãe no RG e na Certidão de Nascimento, apresentar cópia do PIS/PASEP;

# 11.

## Alterações cadastrais

---

- F. cópia da Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável de próprio punho, contendo o número do RG e do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número de RG e assinatura de 2 (duas) testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a), constando também a dependência econômica do(a) enteado(a);
- G. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

No caso de enteados(as) maiores de 18 (dezoito) anos, somar cópia do CPF.

---

### Atenção

Casos específicos poderão ensejar a solicitação de documentos complementares ou comprobatórios dos direitos outorgados.

---

#### 11.7. EXCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR E DO(S) BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTE(S):

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- B. devolução de todos os cartões de identificação dos beneficiários e/ou de quaisquer documentos que possibilitem a assistência contratada.

A exclusão do beneficiário titular acarretará, obrigatoriamente, a exclusão de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) inscrito(s) no contrato coletivo de plano de saúde.

#### 11.8. ALTERAÇÃO DE DADOS PESSOAIS (NOME, DATA DE NASCIMENTO, ENDEREÇO ETC.):

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- B. cópia do documento que comprove a alteração.

# 11.

## Alterações cadastrais

---

É de responsabilidade do beneficiário manter seu endereço e números de telefone sempre atualizados.

### 11.9. ALTERAÇÃO DE DADOS BANCÁRIOS, PARA EFEITO DE PAGAMENTO DO BENEFÍCIO VIA DÉBITO AUTOMÁTICO OU PARA RECEBIMENTO DE REEMBOLSO:

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular, contendo o nome do correntista (necessariamente o beneficiário titular), números completos do banco, agência e conta-corrente, CPF, endereço e telefones do correntista.

### 11.10. TRANSFERÊNCIA DE PLANO:

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular.

A transferência poderá ser solicitada para plano de categoria superior e poderá ser realizada apenas no mês de julho, desde que o beneficiário titular e seu(s) dependente(s) não estejam internados e permaneçam nesta nova categoria pelo período mínimo de 12 (doze) meses. A transferência de plano implicará novas carências contratuais para o padrão de acomodação em internação e os recursos credenciados específicos do novo plano, que serão contadas a partir da data da transferência. Até o vencimento dessas novas carências, serão respeitadas as carências já cumpridas no plano anterior, de maneira que os beneficiários possam continuar usufruindo de todos os recursos do plano anterior.

A solicitação deverá ser feita até o dia 1.º (primeiro) de junho e, desde que a solicitação seja realizada no prazo, a transferência passará a vigorar no mês de julho.

A transferência do beneficiário titular acarretará a transferência dos seus beneficiários dependentes inscritos no benefício. Os beneficiários transferidos serão inscritos em outro benefício, devidamente registrado na ANS e com número de registro próprio e distinto do benefício de origem.

# 11.

## Alterações cadastrais

### Prazo para alterações cadastrais

As solicitações de alterações cadastrais deverão ser apresentadas com a documentação completa e respeitando-se as condições expostas neste capítulo.

A solicitação deverá ser feita com antecedência mínima de 20 (vinte) dias, considerando-se sempre o dia correspondente ao início da vigência do benefício do titular. Por exemplo:

<b>Início da vigência do benefício (exemplos)</b>	<b>Data-limite da solicitação da alteração*</b>	<b>Vigência da alteração solicitada</b>
Dia 7	Dia 17 do mês anterior	A partir do dia 7 do primeiro mês subsequente à solicitação
Dia 23	Dia 3 do mês corrente	A partir do dia 23 do mês corrente

*\*A Qualicorp poderá, a seu critério, alterar regras e prazos para a realização de alterações cadastrais.*

Salienta-se que, caso a solicitação não seja realizada até a data-limite (vinte dias antes do dia correspondente ao início de vigência do benefício do titular), a alteração somente será realizada no mês subsequente, sempre no dia correspondente ao início de vigência do benefício do titular.

Salienta-se também que, em todos os casos de alterações cadastrais, prevalecerá a data do efetivo recebimento da solicitação pela Qualicorp.

Excetuam-se dos prazos indicados as solicitações de inclusão de novos beneficiários recém-nascidos ou adotados, se forem incluídos dentro do prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir do nascimento ou da adoção, respectivamente. Excetua-se também a solicitação de transferência de plano, cujo prazo próprio consta do item 11.10. ("Transferência de plano") deste capítulo.

# 11.

## Alterações cadastrais

---

### **Como efetuar alterações cadastrais**

A alteração cadastral deve ser solicitada por escrito à Qualicorp, por meio dos canais de atendimento próprios disponibilizados para esse fim.

Para conhecer os canais de atendimento da Qualicorp disponíveis em sua localidade, veja o primeiro capítulo (“A Qualicorp Administradora de Benefícios”) deste Manual.

---

# 12. Pagamento

O VALOR MENSAL DO BENEFÍCIO É FIXADO SEGUNDO OS VALORES ESPECÍFICOS DAS FAIXAS ETÁRIAS, DE ACORDO COM O PLANO CONTRATADO, E INCLUI O VALOR REFERENTE À MANUTENÇÃO DO PLANO DE SAÚDE NA GOLDEN CROSS E A CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA DOS SERVIÇOS EXECUTADOS PELA QUALICORP.

## 12.1. FORMAS E DATAS DE PAGAMENTO

O pagamento do valor mensal do benefício será efetuado de acordo com a opção indicada e autorizada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”) ao contrato coletivo a saber:

<b>Formas de pagamento*</b>
Boleto bancário
Débito automático em conta-corrente, nos bancos conveniados ao sistema

O prazo para pagamento do valor mensal é estabelecido em razão da data de ingresso e conforme a opção disponível e indicada no Contrato de Adesão (a “Proposta”) pelo beneficiário titular. Veja abaixo alguns exemplos:

<b>Início da vigência do benefício</b>	<b>Vencimento do valor mensal do benefício*</b>
Dia 1	Dia 1 de cada mês
Dia 17	Dia 17 de cada mês
Dia 28	Dia 28 de cada mês

*\*A Qualicorp poderá, a seu critério, alterar regras e prazos para o pagamento do benefício.*

O beneficiário efetuará o pagamento do valor mensal do benefício à Qualicorp, ficando esta última responsável em liquidar a fatura do grupo beneficiário na Golden Cross. A falta de pagamento por parte do beneficiário seguirá as medidas previstas neste capítulo.

# 12.

## Pagamento

---

### 12.2. COMO FUNCIONA O DÉBITO AUTOMÁTICO EM CONTA-CORRENTE

Em caso de débito automático, o valor do benefício será debitado mensalmente na conta-corrente bancária indicada e autorizada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”) ao contrato coletivo. Se, independentemente do motivo, o débito não for realizado, o beneficiário deverá entrar em contato com a Qualicorp, por meio dos canais de atendimento existentes em sua localidade, para efetuar a quitação. O pagamento do benefício em atraso seguirá as condições estabelecidas no item 12.4. (“Atraso e inadimplência”), neste mesmo capítulo.

### 12.3. ALTERAÇÃO NA FORMA DE PAGAMENTO

Para alterar a forma de pagamento, o beneficiário titular deverá solicitar a alteração, por escrito, à Qualicorp, fornecendo todas as informações necessárias (ver o item 11.9., “Alteração de dados bancários, para efeito de pagamento do benefício via débito automático ou para recebimento de reembolso”) e respeitando as condições e os prazos estabelecidos no capítulo anterior, “Alterações cadastrais”, deste Manual.

### 12.4. ATRASO E INADIMPLÊNCIA

Uma vez que a Qualicorp garante as obrigações dos beneficiários constantes do contrato coletivo mantido com a Golden Cross, nas condições estabelecidas, notadamente as pecuniárias, a eventual inadimplência do(s) beneficiário(s) pode inviabilizar o projeto idealizado, criado e implantado, com o seu respectivo objetivo e resultado final, em detrimento da coletividade à qual o(s) beneficiário(s) se vincula(m). Para que isso não ocorra, a Qualicorp deverá ser ressarcida pelo(s) beneficiário(s), a título de multa compensatória, em 10% (dez por cento) das obrigações pecuniárias devidas, como indenização pelos seus custos e prejuízos sofridos, suportados e resultantes, seja da utilização de recursos próprios, comprometendo o seu capital de giro e os seus investimentos, seja da captação, junto ao mercado financeiro, dos recursos necessários à garantia da inadimplência do(s) beneficiário(s), a fim de, com isso, impedir a inviabilização deste projeto de plano de saúde coletivo por adesão, sem prejuízo dos juros de 1% (um por cento) ao mês sobre o montante devido.

## 12. Pagamento

---

Além do exposto anteriormente, o atraso no pagamento do valor mensal do benefício poderá acarretar, durante o período de inadimplência, a suspensão automática do direito do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) ao benefício, direito esse que poderá ser restabelecido, a critério da operadora, a partir da quitação do(s) valor(es) pendente(s), acrescido(s) dos encargos supracitados.

**A falta de pagamento do valor mensal do benefício, até o último dia da vigência referente ao mês não pago, poderá ocasionar o cancelamento automático do benefício, isto é, a exclusão do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) do contrato coletivo, sem prejuízo da cobrança do(s) valor(es) pendente(s) de pagamento, incluídos juros e multa. A vigência do benefício não se confunde com a data de vencimento de seu pagamento, prevalecendo, para efeito de cancelamento, o período de vigência mensal.**

Ocorrendo a exclusão do beneficiário por inadimplência, o retorno ao contrato dependerá da comprovação do seu vínculo com a Entidade indicada no Contrato de Adesão (a “Proposta”) e da quitação dos débitos que provocaram o cancelamento, além de haver a obrigatoriedade do cumprimento de todas as carências contratuais, independentemente do período anterior de permanência do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) no contrato coletivo. No caso de cancelamento do benefício, haverá a exclusão do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s), sem prejuízo da cobrança do(s) valor(es) não pago(s), incluídos juros e multa.

---

### Atenção

Em caso de cancelamento do benefício por inadimplência ou por qualquer outro motivo, o atendimento e o próprio pagamento do benefício são devidos considerando-se integralmente o mês do cancelamento, por se tratar de pagamento prévio.

---

# 13. Reajustes

---

INDEPENDENTEMENTE DA DATA DE ADESÃO DE CADA BENEFICIÁRIO (TITULAR OU DEPENDENTE) AO REFERIDO CONTRATO COLETIVO, O VALOR MENSAL DO BENEFÍCIO SERÁ REAJUSTADO COM BASE NOS 3 (TRÊS) CASOS A SEGUIR, OU EM OUTRAS HIPÓTESES, DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE À ÉPOCA. TAIS REAJUSTES PODERÃO OCORRER DE FORMA CUMULATIVA (PARCIAL OU TOTAL) OU ISOLADA.

Todos os casos de reajustes apresentados a seguir são precedidos de comunicação da Golden Cross para a Qualicorp e, por conseguinte, da Qualicorp para os beneficiários. Os reajustes obedecem às apurações realizadas pela Golden Cross.

---

## Atenção

Independentemente das situações previstas neste capítulo, a aplicação de reajustes poderá ocorrer apenas 1 (uma) vez por ano, ressalvado o reajuste por mudança de faixa etária, cuja aplicação se fará conforme indicado no item 13.3., “Reajuste por mudança de faixa etária”, deste Manual.

---

### 13.1. REAJUSTE FINANCEIRO

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 meses, comparando os 12 meses mais recentes aos 12 meses imediatamente anteriores.

### 13.2. REAJUSTE POR ÍNDICE DE SINISTRALIDADE

Entende-se por sinistralidade a relação percentual entre despesas e receitas do benefício. A totalidade das despesas é calculada pela soma dos valores pagos por todo e qualquer atendimento médico-hospitalar prestado aos beneficiários e coberto por este contrato coletivo, tanto o realizado na rede de prestadores credenciados pela Golden Cross quanto o realizado por prestadores não credenciados (de livre escolha, via reembolso de despesas pagas pelos beneficiários, conforme condições contratuais).

# 13.

## Reajustes

Os valores do benefício serão avaliados periodicamente e poderão ser reajustados em função do índice de sinistralidade calculado até o término do período da apuração, independentemente da data de adesão do beneficiário (titular ou dependente) ao contrato coletivo.

A aplicação desse reajuste visa manter o equilíbrio técnico-atuarial do contrato coletivo, o que respeita o princípio do mutualismo que rege a contratação coletiva.

### Atenção

O índice de sinistralidade está diretamente relacionado à utilização regular e adequada do plano de saúde (veja mais em “Use bem, use sempre”).

### 13.3. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

Os valores mensais do benefício são estabelecidos com base na faixa etária do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) e serão reajustados, automaticamente, no mês subsequente ao aniversário de cada beneficiário, ao ocorrer mudança de faixa etária e conforme os percentuais máximos indicados a seguir:

<b>Faixa etária</b>	<b>Adesão Golden Care 10</b>	<b>Adesão Golden Care 20</b>	<b>Adesão Essencial 10</b>	<b>Adesão Essencial 20</b>
Até 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De 19 a 23 anos	34,82%	34,82%	34,82%	34,82%
De 24 a 28 anos	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%
De 29 a 33 anos	8,00%	8,00%	8,00%	8,00%
De 34 a 38 anos	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%
De 39 a 43 anos	20,76%	20,76%	20,76%	20,76%
De 44 a 48 anos	36,70%	36,70%	36,70%	36,70%
De 49 a 53 anos	26,42%	26,42%	26,42%	26,42%
De 54 a 58 anos	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%
59 anos ou mais	84,33%	84,33%	84,33%	84,33%

# 13.

## Reajustes

---

<b>Faixa etária</b>	<b>Adesão Especial 10</b>	<b>Adesão Especial 20</b>	<b>UB CLUBE DAME GOLDEN CROSS BÁSICO - AMB/HOSP - ENFERMARIA</b>
Até 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%
De 19 a 23 anos	34,82%	34,82%	34,82%
De 24 a 28 anos	1,00%	1,00%	1,00%
De 29 a 33 anos	8,00%	8,00%	8,00%
De 34 a 38 anos	1,00%	1,00%	1,00%
De 39 a 43 anos	20,76%	20,76%	20,76%
De 44 a 48 anos	36,70%	36,70%	36,70%
De 49 a 53 anos	26,42%	26,42%	26,42%
De 54 a 58 anos	5,00%	5,00%	5,00%
59 anos ou mais	84,33%	84,33%	84,33%

### Atenção

A inexistência de reajuste por mudança de faixa etária a partir dos 60 (sessenta) anos de idade não inviabiliza nem prejudica a realização dos outros reajustes (financeiro e por índice de sinistralidade) previstos neste contrato coletivo.

---

## Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão ao plano de saúde

---

AS REGRAS PARA A SUSPENSÃO E CANCELAMENTO DO BENEFÍCIO, BEM COMO PARA A EXCLUSÃO DA ADESÃO DE BENEFICIÁRIOS (TITULAR E/OU DEPENDENTES) E PARA UMA NOVA ADESÃO AO CONTRATO COLETIVO, ESTÃO INDICADAS A SEGUIR E OBSERVAM AS CONDIÇÕES GERAIS DESTES PLANOS DE SAÚDE.

### 14.1. EXCLUSÃO VOLUNTÁRIA DO BENEFICIÁRIO TITULAR OU DOS DEPENDENTES

O beneficiário titular poderá, voluntariamente, excluir seu(s) beneficiário(s) dependente(s) ou pedir a exclusão de sua própria adesão ao contrato coletivo, desde que faça uma solicitação, por escrito, que seja recebida pela Qualicorp.

A solicitação da exclusão de beneficiário(s) dependente(s) ou do beneficiário titular deve necessariamente ser feita pelo próprio beneficiário titular, respeitando-se os prazos e as condições constantes do capítulo 11 (“Alterações cadastrais”) deste Manual.

### 14.2. CANCELAMENTO COMPULSÓRIO DA ADESÃO POR PERDA DA ELEGIBILIDADE

No caso da perda da elegibilidade do beneficiário titular durante a vigência do benefício, a Qualicorp notificará o fato ao beneficiário titular, informando o prazo máximo que ele e seu(s) beneficiário(s) dependente(s) terão para permanecer no benefício.

---

### Atenção

Enquanto o beneficiário titular mantiver vínculo com a Entidade indicada no Contrato de Adesão (a “Proposta”), o(s) beneficiário(s) dependente(s) gozará(ão) do benefício. A partir do momento em que não houver mais vínculo com a Entidade e o beneficiário titular for desligado do contrato coletivo, o(s) beneficiário(s) dependente(s) automaticamente também será(ão) desligado(s).

---

## Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão ao plano de saúde

---

### 14.3. SUSPENSÃO DO DIREITO AO PLANO DE SAÚDE POR INADIMPLÊNCIA

O atraso no pagamento do valor mensal do benefício poderá acarretar, durante o período de inadimplência, a suspensão automática do direito do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) ao plano de saúde, direito esse que poderá ser restabelecido, a critério da operadora, a partir da quitação do(s) valor(es) pendente(s), acrescido(s) dos encargos mencionados no item 12.4. (“Atraso e inadimplência”), no capítulo 12 (“Pagamento”) deste Manual, observada a possibilidade de cancelamento, conforme indicado a seguir.

### 14.4. CANCELAMENTO DA ADESÃO POR INADIMPLÊNCIA

A falta de pagamento do valor mensal do benefício, até o último dia da vigência referente ao mês não pago, poderá ocasionar o cancelamento automático do benefício, isto é, a exclusão do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) do contrato coletivo, sem prejuízo da cobrança do(s) valor(es) pendente(s) de pagamento, incluídos juros e multa. A vigência do benefício não se confunde com a data de vencimento de seu pagamento, prevalecendo, para efeito de cancelamento, o período de vigência mensal.

---

### Atenção

No caso da exclusão de dependente(s) ou da exclusão da adesão do próprio beneficiário titular, por qualquer motivo, os cartões de identificação do(s) beneficiário(s), seja ele beneficiário titular ou dependente, deverão ser imediatamente devolvidos à Qualicorp, que os inutilizará. Reitera-se também que, no caso de exclusão ou cancelamento, o atendimento e o próprio pagamento do benefício são devidos considerando-se integralmente o mês de exclusão ou cancelamento, por se tratar de um benefício contratado sob a modalidade de pagamento prévio.

---

## Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão ao plano de saúde

---

### 14.5. UTILIZAÇÃO INDEVIDA DO BENEFÍCIO

As despesas decorrentes de utilização efetuada pelo beneficiário titular e/ou por seu(s) dependente(s), após a suspensão do atendimento ou após o efetivo cancelamento do benefício, por qualquer motivo, serão de total responsabilidade do beneficiário titular, sob pena de configurar-se a utilização indevida, sujeita às penalidades contidas na legislação pertinente.

Os custos dos atendimentos realizados indevidamente, apontados pela Golden Cross, serão repassados de forma integral ao beneficiário titular, podendo ser efetuado o débito na mesma conta-corrente bancária indicada no Contrato de Adesão (a “Proposta”).

### 14.6. NOVA ADESÃO AO BENEFÍCIO

Havendo o cancelamento do benefício, os beneficiários excluídos somente poderão postular nova adesão após a eventual regularização da situação que motivou o cancelamento, análise das condições de elegibilidade, quitação de eventuais débitos anteriores. A nova adesão poderá estar sujeita ao cumprimento de novos prazos de carência parciais ou totais, de acordo com os normativos da legislação em vigor.

### 14.7. PERDA DO DIREITO A BENEFÍCIOS E/OU A TODO O PLANO DE SAÚDE

A Golden Cross, independentemente da adoção de medidas judiciais aplicáveis contra o responsável por eventuais danos que forem causados à Operadora, não efetuará nenhum reembolso ou pagamento com base no benefício contratado e poderá cancelar o benefício, a qualquer tempo, sem que caiba direito a nenhuma indenização, caso haja por parte do beneficiário titular ou do(s) beneficiário(s) dependente(s):

- Inexatidão, inclusive quanto à data do nascimento, ou omissão nas declarações fornecidas no Contrato de Adesão (a “Proposta”) que tenham influído na sua aceitação pela Qualicorp ou tampouco na aceitação de qualquer pagamento previsto na Proposta.

## Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão ao plano de saúde

---

- Declarações incompletas, equivocadas, errôneas ou imprecisas quanto ao estado de saúde e/ou doenças declarados na Declaração de Saúde.
- Fraude ou dolo.
- Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência efetuada pela Qualicorp, em nome da Golden Cross, na elucidação de um evento ou de suas respectivas despesas.
- Inobservância das obrigações contratuais.

---

### **Atenção**

As informações constantes deste Manual estão sujeitas às condições e às alterações que se deem por força de Lei e de normas regulamentadoras expedidas pelos órgãos competentes, bem como às regras contratuais estabelecidas entre a Qualicorp e a Golden Cross.

---

**15.**  
**Serviço opcional**  
Golden Med

# 15. Golden Med

---

ESTE SERVIÇO OPCIONAL DEPENDE DE CONTRATAÇÃO ESPECÍFICA POR PARTE DO BENEFICIÁRIO TITULAR, CONFORME TABELA DE PREÇOS NO MOMENTO DA ADESÃO. SALIENTA-SE QUE, UMA VEZ CANCELADO O PLANO DE SAÚDE, ESTE SERVIÇO OPCIONAL TAMBÉM SERÁ CANCELADO.

## 15.1. GOLDEN MED

Este serviço opcional tem como objetivo garantir ao beneficiário titular e a seu(s) beneficiário(s) dependente(s) a cobertura dos custos de atendimento médico domiciliar de urgência e/ou emergência. A adesão a este benefício opcional só poderá ser feita para todo o grupo familiar inscrito pelo beneficiário titular no contrato coletivo.

### 15.1.1. COBERTURA

A cobertura deste serviço opcional compreende:

- A. Atendimento médico domiciliar de urgência e de emergência, respeitada a área geográfica de abrangência prevista neste capítulo;
- B. Remoção em ambulância ou UTI móvel, por exclusiva decisão do médico do serviço de atendimento, do domicílio do beneficiário para a unidade de observação ou internação, referenciada pela Golden Cross e que atenda ao plano contratado.

Estão excluídos da cobertura deste serviço opcional os atendimentos a parturientes, salvo nas situações caracterizadas como urgência e/ou emergência.

#### 15.1.1.1. DEFINIÇÕES

**Domicílio** – endereço comercial ou local onde o beneficiário tenha fixado residência;

**Emergência** – É a alteração aguda do estado de saúde que implique risco imediato à vida ou lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.

**Urgência** – É a situação causada por evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

# 15. Golden Med

---

## 15.1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

A área de cobertura para os beneficiários domiciliados nos seguintes municípios do Rio de Janeiro\*: Rio de Janeiro (capital), Niterói, São Gonçalo, São João de Meriti, Duque de Caxias, Nilópolis, Nova Iguaçu, Belford Roxo, Mesquita e Queimados.

\* Todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

---

## Atenção

Na hipótese de alteração do domicílio do beneficiário titular, para local que não conste da área de abrangência geográfica de atendimento, o serviço opcional Golden Med ficará automaticamente cancelado para o beneficiário titular e seu(s) respectivo(s) dependente(s).

---

## 15.1.3. FORMAS DE ATENDIMENTO

O atendimento médico domiciliar será prestado durante 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias, exclusivamente para casos de urgência e/ou emergência, dentro da área de abrangência em que o beneficiário estiver cadastrado e desde que esteja de acordo com a abrangência geográfica definida no item 15.1.2. (“Abrangência geográfica”).

O atendimento médico domiciliar deverá ser solicitado, mediante contato com a Central de Atendimento 24 Horas Golden Med, pelo seguinte telefone:

Rio de Janeiro: **(21) 3461-3030**

No momento da solicitação dos serviços do Golden Med à Central de Atendimento 24 Horas, deverão ser informados a localização do beneficiário titular ou de seu beneficiário dependente, sua condição de saúde e o número de sua matrícula, constante na carteira de identificação fornecida pela Operadora.

O atendimento do Golden Med será considerado encerrado quando, a critério da equipe de atendimento, estiver estabilizada a crise de saúde que o motivou, ou no momento em que o beneficiário titular ou seu beneficiário dependente der entrada na unidade de observação e/ou internação. A partir desse momento, o beneficiário ficará sob os cuidados e a responsabilidade do médico da referida unidade ambulatorial ou hospitalar.

# 15. Golden Med

---

## **Atenção**

A Golden Cross fica eximida de responsabilidade sempre que ocorrerem ou sobrevierem hipóteses de caso fortuito ou de força maior que impeçam ou retardem a chegada da equipe de atendimento do Golden Med no lugar onde se encontrar o beneficiário, tais como: congestionamentos de trânsito, quedas de barreiras, locais de risco ou de comprovada dificuldade de acesso, que comprometam a vida ou a integridade física da equipe de atendimento.

---

### 15.1.4. PAGAMENTO E REAJUSTE

O valor mensal referente ao serviço opcional Golden Med será acrescido ao valor mensal deste plano de saúde. Serão mantidas, para o serviço opcional Golden Med, as mesmas datas de vencimento e de reajuste deste plano de saúde.

### 15.1.5. CARÊNCIA

A cobertura das despesas com atendimento médico domiciliar de urgência e emergência terá início 30 (trinta) dias, contados da data de início de vigência do benefício.

### 15.1.6. CANCELAMENTO DO SERVIÇO OPCIONAL GOLDEN MED

O serviço opcional Golden Med poderá ser rescindido a qualquer momento por solicitação do beneficiário titular, desde que o faça com um prazo de 30 (trinta) dias de antecedência.

Neste caso o cancelamento se dará automaticamente para todos os dependentes.

## **Anexo I**

# Plano ADESÃO GOLDEN CARE 10

# Plano ADESÃO GOLDEN CARE 10

---

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 14 DESTA MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTA PLANO DE SAÚDE.

## 01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

### 1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

#### 1.1.1. Nome comercial

---

ADESÃO GOLDEN CARE 10

#### 1.1.2. Código do plano

---

474.758/15-5

### 1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

A abrangência geográfica é a área em que a Operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.

No caso deste benefício, a abrangência geográfica de cobertura assistencial, com base na Lei n.º 9.656/98 e em sua regulamentação, é Grupo de Municípios.

### 1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

No caso deste benefício, a área de atuação compreende os seguintes Municípios: Belford Roxo, Duque de Caxias, Magé, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Friburgo, Paracambi, Petrópolis, Queimados, Rio Bonito, Rio de Janeiro, São Gonçalo, São João de Meriti, Teresópolis e Três Rios.

# Plano ADESÃO GOLDEN CARE 10

---

## 1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

A segmentação assistencial define a amplitude da cobertura assistencial a que o beneficiário tem direito, conforme o plano contratado.

No caso deste benefício, a segmentação assistencial é ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

## 1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

A acomodação define, nos planos que incluem a cobertura assistencial hospitalar, a hotelaria do leito a que tem direito o beneficiário, em caso de internação.

No caso deste benefício, a acomodação em caso de internação hospitalar é coletiva.

## 02. REEMBOLSO

### 2.1. REEMBOLSO EXCLUSIVAMENTE EM CASOS DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

Reembolso é o ressarcimento feito pela Golden Cross ao beneficiário titular, dentro da área de abrangência geográfica e nas condições e limites do plano contratado, de despesas com serviços médicos e/ou hospitalares cobertos pelo plano de saúde, em casos de atendimentos de urgência e emergência, devidamente comprovados, efetuadas pelo beneficiário titular ou por seus beneficiários dependentes fora da rede credenciada de prestadores para o plano contratado.

---

### Atenção

Os reembolsos possuem um limite financeiro, de acordo com os múltiplos referentes ao plano contratado.

---

# Plano ADESÃO GOLDEN CARE 10

---

## 2.2. TABELA DE MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO

Abaixo segue a tabela de múltiplos de reembolso:

<b>Tipo de despesa</b>	<b>Múltiplos de reembolso</b>
Despesas hospitalares	1,0
Honorários médicos durante a internação	1,0
Exames complementares e serviços auxiliares de diagnose	1,0
Intervenções ambulatoriais	1,0
Consultas	1,0

## 03. SERVIÇO OPCIONAL

Está disponível para este plano a contratação do serviço opcional “Golden Med”. Caso o serviço opcional seja contratado, o beneficiário terá cobertura aos serviços constantes no capítulo 15 deste Manual.

## **Anexo II**

# Plano ADESÃO GOLDEN CARE 20

# Plano ADESÃO GOLDEN CARE 20

---

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 14 DESTA MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTA PLANO DE SAÚDE.

## 01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

### 1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

#### 1.1.1. Nome comercial

---

ADESÃO GOLDEN CARE 20

#### 1.1.2. Código do plano

---

474.757/15-7

### 1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

A abrangência geográfica é a área em que a Operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.

No caso deste benefício, a abrangência geográfica de cobertura assistencial, com base na Lei n.º 9.656/98 e em sua regulamentação, é Grupo de Municípios.

### 1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

No caso deste benefício, a área de atuação compreende os seguintes Municípios: Belford Roxo, Duque de Caxias, Magé, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Friburgo, Paracambi, Petrópolis, Queimados, Rio Bonito, Rio de Janeiro, São Gonçalo, São João de Meriti, Teresópolis e Três Rios.

# Plano ADESÃO GOLDEN CARE 20

---

## 1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

A segmentação assistencial define a amplitude da cobertura assistencial a que o beneficiário tem direito, conforme o plano contratado.

No caso deste benefício, a segmentação assistencial é ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

## 1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

A acomodação define, nos planos que incluem a cobertura assistencial hospitalar, a hotelaria do leito a que tem direito o beneficiário, em caso de internação.

No caso deste benefício, a acomodação em caso de internação hospitalar é individual.

## 02. REEMBOLSO

### 2.1. REEMBOLSO EXCLUSIVAMENTE EM CASOS DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

Reembolso é o ressarcimento feito pela Golden Cross ao beneficiário titular, dentro da área de abrangência geográfica e nas condições e limites do plano contratado, de despesas com serviços médicos e/ou hospitalares cobertos pelo plano de saúde, em casos de atendimentos de urgência e emergência, devidamente comprovados, efetuadas pelo beneficiário titular ou por seus beneficiários dependentes fora da rede credenciada de prestadores para o plano contratado.

---

### Atenção

Os reembolsos possuem um limite financeiro, de acordo com os múltiplos referentes ao plano contratado.

---

# Plano ADESÃO GOLDEN CARE 20

---

## 2.2. TABELA DE MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO

Abaixo segue a tabela de múltiplos de reembolso:

<b>Tipo de despesa</b>	<b>Múltiplos de reembolso</b>
Despesas hospitalares	1,0
Honorários médicos durante a internação	2,0
Exames complementares e serviços auxiliares de diagnose	1,0
Intervenções ambulatoriais	1,0
Consultas	1,0

## 03. SERVIÇO OPCIONAL

Está disponível para este plano a contratação do serviço opcional “Golden Med”. Caso o serviço opcional seja contratado, o beneficiário terá cobertura aos serviços constantes no capítulo 15 deste Manual

**Anexo III**  
**Plano ADESÃO ESSENCIAL 10**

# Plano ADESÃO ESSENCIAL 10

---

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 14 DESTES MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTES PLANOS DE SAÚDE.

## 01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

### 1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

#### 1.1.1. Nome comercial

---

ADESÃO ESSENCIAL 10

#### 1.1.2. Código do plano

---

470.812/14-1

### 1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

A abrangência geográfica é a área em que a Operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.

No caso deste benefício, a abrangência geográfica de cobertura assistencial, com base na Lei n.º 9.656/98 e em sua regulamentação, é Grupo de Estados.

### 1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

No caso deste benefício, a área de atuação compreende os seguintes Estados: Acre, Alagoas, Amazonas, Amapá, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rondônia, Santa Catarina, Sergipe, São Paulo e Tocantins.

# Plano ADESÃO ESSENCIAL 10

---

## 1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

A segmentação assistencial define a amplitude da cobertura assistencial a que o beneficiário tem direito, conforme o plano contratado.

No caso deste benefício, a segmentação assistencial é ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

## 1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

O padrão de acomodação define, nos planos que incluem a cobertura assistencial hospitalar, a hotelaria do leito a que tem direito o beneficiário, em caso de internação.

No caso deste benefício, a acomodação em caso de internação hospitalar é coletiva.

## 1.6. FORMAS DE UTILIZAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

Além da forma de utilização mencionada no capítulo 3 (“Formas de utilização do plano de saúde”) deste Manual, este plano oferece o atendimento por livre escolha com reembolso, conforme condições indicadas a seguir:

### 1.6.1. Atendimento por livre escolha, com reembolso

---

Além da rede de prestadores credenciados, este plano de saúde oferece o sistema de livre escolha, pelo qual o beneficiário escolhe profissionais não credenciados pela Golden Cross para o plano contratado e, após o atendimento ter sido realizado, solicita o reembolso de despesas efetuadas, que serão ressarcidas exclusivamente pela Golden Cross, de acordo com as condições e os limites do plano contratado. Veja como proceder:

- Após verificar a efetiva cobertura do procedimento, escolha o serviço de sua preferência e agende o atendimento;

# Plano ADESÃO ESSENCIAL 10

---

- Pague o profissional e solicite os recibos de todos os serviços realizados, discriminadamente;
- Reúna os originais dos comprovantes de pagamentos e os documentos necessários para cada procedimento (veja a relação de documentos no capítulo 10 (“Reembolso”) deste Manual);
- Munido dos documentos especificados, solicite o reembolso conforme consta no capítulo 10 (“Reembolso”) deste Manual;
- O valor do reembolso de despesas, de acordo com o plano contratado, será depositado pela Golden Cross na conta-corrente informada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”) ao contrato coletivo.

---

## Atenção

Só serão reembolsados os serviços cobertos pelo plano de saúde, conforme as condições e os limites do plano contratado. Para mais informações sobre reembolso, veja o item 2 abaixo e o capítulo 10 (“Reembolso”) deste Manual.

---

## 02. REEMBOLSO

### 2.1. REEMBOLSO PARA ATENDIMENTOS ELETIVOS E DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

Reembolso é o ressarcimento feito pela Golden Cross ao beneficiário titular, dentro da área de abrangência geográfica e nas condições e limites do plano contratado, de despesas com serviços médicos e/ou hospitalares cobertos pelo plano de saúde, sejam eletivos ou de urgência e emergência, devidamente comprovados, efetuadas pelo beneficiário titular ou por seus beneficiários dependentes fora da rede credenciada de prestadores para o plano contratado.

# Plano ADESÃO ESSENCIAL 10

## Atenção

Os reembolsos possuem um limite financeiro, de acordo com os múltiplos referentes ao plano contratado.

### 2.2. TABELA DE MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO

Abaixo segue a tabela de múltiplos de reembolso:

<b>Tipo de despesa</b>	<b>Múltiplos de reembolso</b>
Despesas hospitalares	1,0
Honorários médicos durante a internação	1,0
Exames complementares e serviços auxiliares de diagnose	1,0
Intervenções ambulatoriais	1,0
Consultas	1,0

## 03. SERVIÇO OPCIONAL

Está disponível para este plano a contratação do serviço opcional “Golden Med”. Caso o serviço opcional seja contratado, o beneficiário terá cobertura aos serviços constantes no capítulo 15 deste Manual.



**Anexo IV**  
Plano ADESÃO ESSENCIAL 20

# Plano ADESÃO ESSENCIAL 20

---

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 14 DESTA MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTA PLANO DE SAÚDE.

## 01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

### 1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

#### 1.1.1. Nome comercial

---

ADESÃO ESSENCIAL 20

#### 1.1.2. Código do plano

---

470.810/14-5

### 1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

A abrangência geográfica é a área em que a Operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.

No caso deste benefício, a abrangência geográfica de cobertura assistencial, com base na Lei n.º 9.656/98 e em sua regulamentação, é Grupo de Estados.

### 1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

A área de atuação é a especificação nominal dos Estados e/ou Municípios que compõem a abrangência geográfica do benefício.

No caso deste benefício, a área de atuação compreende os seguintes Estados: Acre, Alagoas, Amazonas, Amapá, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rondônia, Santa Catarina, Sergipe, São Paulo e Tocantins.

# Plano ADESÃO ESSENCIAL 20

---

## 1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

A segmentação assistencial define a amplitude da cobertura assistencial a que o beneficiário tem direito, conforme o plano contratado.

No caso deste benefício, a segmentação assistencial é ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

## 1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

A acomodação define, nos planos que incluem a cobertura assistencial hospitalar, a hotelaria do leito a que tem direito o beneficiário, em caso de internação.

No caso deste benefício, a acomodação em caso de internação hospitalar é individual.

## 1.6. FORMAS DE UTILIZAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

Além da forma de utilização mencionada no capítulo 3 (“Formas de utilização do plano de saúde”) deste Manual, este plano oferece o atendimento por livre escolha com reembolso, conforme condições indicadas a seguir:

### 1.6.1. Atendimento por livre escolha, com reembolso

---

Além da rede de prestadores credenciados, este plano de saúde oferece o sistema de livre escolha, pelo qual o beneficiário escolhe profissionais não credenciados pela Golden Cross para o plano contratado e, após o atendimento ter sido realizado, solicita o reembolso de despesas efetuadas, que serão ressarcidas exclusivamente pela Golden Cross, de acordo com as condições e os limites do plano contratado. Veja como proceder:

- Após verificar a efetiva cobertura do procedimento, escolha o serviço de sua preferência e agende o atendimento;
- Pague o profissional e solicite os recibos de todos os serviços realizados, discriminadamente;

# Plano ADESÃO ESSENCIAL 20

---

- Reúna os originais dos comprovantes de pagamentos e os documentos necessários para cada procedimento (veja a relação de documentos no capítulo 10 (“Reembolso”) deste Manual);
- Munido dos documentos especificados, solicite o reembolso conforme consta no capítulo 10 (“Reembolso”) deste Manual;
- O valor do reembolso de despesas, de acordo com o plano contratado, será depositado pela Golden Cross na conta-corrente informada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”) ao contrato coletivo.

---

## Atenção

Só serão reembolsados os serviços cobertos pelo plano de saúde, conforme as condições e os limites do plano contratado. Para mais informações sobre reembolso, veja o item 2 abaixo e o capítulo 10 (“Reembolso”) deste Manual.

---

## 02. REEMBOLSO

### 2.1. REEMBOLSO PARA ATENDIMENTOS ELETIVOS E DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

Reembolso é o ressarcimento feito pela Golden Cross ao beneficiário titular, dentro da área de abrangência geográfica e nas condições e limites do plano contratado, de despesas com serviços médicos e/ou hospitalares cobertos pelo plano de saúde, sejam eletivos ou de urgência e emergência, devidamente comprovados, efetuadas pelo beneficiário titular ou por seus beneficiários dependentes fora da rede credenciada de prestadores para o plano contratado.

---

## Atenção

Os reembolsos possuem um limite financeiro, de acordo com os múltiplos referentes ao plano contratado.

---

# Plano ADESÃO ESSENCIAL 20

---

## 2.2. TABELA DE MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso:

<b>Tipo de despesa</b>	<b>Múltiplos de reembolso</b>
Despesas hospitalares	1,0
Honorários médicos durante a internação	2,0
Exames complementares e serviços auxiliares de diagnose	1,0
Intervenções ambulatoriais	1,0
Consultas	1,0

## 03. SERVIÇO OPCIONAL

Está disponível para este plano a contratação do serviço opcional “Golden Med”. Caso o serviço opcional seja contratado, o beneficiário terá cobertura aos serviços constantes no capítulo 15 deste Manual.



**Anexo V**  
Plano ADESÃO ESPECIAL 10

# Plano ADESÃO ESPECIAL 10

---

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 14 DESTA MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTA PLANO DE SAÚDE.

## 01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

### 1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

#### 1.1.1. Nome comercial

---

ADESÃO ESPECIAL 10

#### 1.1.2. Código do plano

---

470.811/14-3

### 1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

A abrangência geográfica é a área em que a Operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.

No caso deste benefício, a abrangência geográfica de cobertura assistencial, com base na Lei n.º 9.656/98 e em sua regulamentação, é Grupo de Estados.

### 1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

A área de atuação é a especificação nominal dos Estados e/ou Municípios que compõem a abrangência geográfica do benefício.

No caso deste benefício, a área de atuação compreende os seguintes Estados: Acre, Alagoas, Amazonas, Amapá, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rondônia, Santa Catarina, Sergipe, São Paulo e Tocantins.

# Plano ADESÃO ESPECIAL 10

---

## 1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

A segmentação assistencial define a amplitude da cobertura assistencial a que o beneficiário tem direito, conforme o plano contratado.

No caso deste benefício, a segmentação assistencial é ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

## 1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

A acomodação define, nos planos que incluem a cobertura assistencial hospitalar, a hotelaria do leito a que tem direito o beneficiário, em caso de internação.

No caso deste benefício, a acomodação em caso de internação hospitalar é coletiva.

## 1.6. FORMAS DE UTILIZAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

Além da forma de utilização mencionada no capítulo 3 (“Formas de utilização do plano de saúde”) deste Manual, este plano oferece o atendimento por livre escolha com reembolso, conforme condições indicadas a seguir:

### 1.6.1. Atendimento por livre escolha, com reembolso

---

Além da rede de prestadores credenciados, este plano de saúde oferece o sistema de livre escolha, pelo qual o beneficiário escolhe profissionais não credenciados pela Golden Cross para o plano contratado e, após o atendimento ter sido realizado, solicita o reembolso de despesas efetuadas, que serão ressarcidas exclusivamente pela Golden Cross, de acordo com as condições e os limites do plano contratado. Veja como proceder:

- Após verificar a efetiva cobertura do procedimento, escolha o serviço de sua preferência e agende o atendimento;
- Pague o profissional e solicite os recibos de todos os serviços realizados, discriminadamente;

# Plano ADESÃO ESPECIAL 10

---

- Reúna os originais dos comprovantes de pagamentos e os documentos necessários para cada procedimento (veja a relação de documentos no capítulo 10 (“Reembolso”) deste Manual);
- Munido dos documentos especificados, solicite o reembolso conforme consta no capítulo 10 (“Reembolso”) deste Manual;
- O valor do reembolso de despesas, de acordo com o plano contratado, será depositado pela Golden Cross na conta-corrente informada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”) ao contrato coletivo.

---

## Atenção

Só serão reembolsados os serviços cobertos pelo plano de saúde, conforme as condições e os limites do plano contratado. Para mais informações sobre reembolso, veja o item 2 abaixo e o capítulo 10 (“Reembolso”) deste Manual.

---

## 02. REEMBOLSO

### 2.1. REEMBOLSO PARA ATENDIMENTOS ELETIVOS E DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

Reembolso é o ressarcimento feito pela Golden Cross ao beneficiário titular, dentro da área de abrangência geográfica e nas condições e limites do plano contratado, de despesas com serviços médicos e/ou hospitalares cobertos pelo plano de saúde, sejam eletivos ou de urgência e emergência devidamente comprovados, efetuadas pelo beneficiário titular ou por seus beneficiários dependentes fora da rede credenciada de prestadores para o plano contratado.

---

## Atenção

Os reembolsos possuem um limite financeiro, de acordo com os múltiplos referentes ao plano contratado.

---

# Plano ADESÃO ESPECIAL 10

---

## 2.2. TABELA DE MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso:

<b>Tipo de despesa</b>	<b>Múltiplos de reembolso</b>
Despesas hospitalares	1,0
Honorários médicos durante a internação	1,0
Exames complementares e serviços auxiliares de diagnose	1,0
Intervenções ambulatoriais	1,0
Consultas	1,0

## 03. SERVIÇO OPCIONAL

Está disponível para este plano a contratação do serviço opcional “Golden Med”. Caso o serviço opcional seja contratado, o beneficiário terá cobertura aos serviços constantes no capítulo 15 deste Manual.



**Anexo VI**  
Plano ADESÃO ESPECIAL 20

# Plano ADESÃO ESPECIAL 20

---

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 14 DESTA MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTA PLANO DE SAÚDE.

## 01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

### 1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

#### 1.1.1. Nome comercial

---

ADESÃO ESPECIAL 20

#### 1.1.2. Código do plano

---

470.813/14-0

### 1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

A abrangência geográfica é a área em que a Operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.

No caso deste benefício, a abrangência geográfica de cobertura assistencial, com base na Lei n.º 9.656/98 e em sua regulamentação, é Grupo de Estados.

### 1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

A área de atuação é a especificação nominal dos Estados e/ou Municípios que compõem a abrangência geográfica do benefício.

No caso deste benefício, a área de atuação compreende os seguintes Estados: Acre, Alagoas, Amazonas, Amapá, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rondônia, Santa Catarina, Sergipe, São Paulo e Tocantins.

# Plano ADESÃO ESPECIAL 20

---

## 1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

A segmentação assistencial define a amplitude da cobertura assistencial a que o beneficiário tem direito, conforme o plano contratado.

No caso deste benefício, a segmentação assistencial é ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

## 1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

A acomodação define, nos planos que incluem a cobertura assistencial hospitalar, a hotelaria do leito a que tem direito o beneficiário, em caso de internação.

No caso deste benefício, a acomodação em caso de internação hospitalar é individual.

## 1.6. FORMAS DE UTILIZAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

Além da forma de utilização mencionada no capítulo 3 (“Formas de utilização do plano de saúde”) deste Manual, este plano oferece o atendimento por livre escolha com reembolso, conforme condições indicadas a seguir:

### 1.6.1. Atendimento por livre escolha, com reembolso

---

Além da rede de prestadores credenciados, este plano de saúde oferece o sistema de livre escolha, pelo qual o beneficiário escolhe profissionais não credenciados pela Golden Cross para o plano contratado e, após o atendimento ter sido realizado, solicita o reembolso de despesas efetuadas, que serão ressarcidas exclusivamente pela Golden Cross, de acordo com as condições e os limites do plano contratado. Veja como proceder:

- Após verificar a efetiva cobertura do procedimento, escolha o serviço de sua preferência e agende o atendimento;
- Pague o profissional e solicite os recibos de todos os serviços realizados, discriminadamente;

# Plano ADESÃO ESPECIAL 20

---

- Reúna os originais dos comprovantes de pagamentos e os documentos necessários para cada procedimento (veja a relação de documentos no capítulo 10 (“Reembolso”) deste Manual);
- Munido dos documentos especificados, solicite o reembolso conforme consta no capítulo 10 (“Reembolso”) deste Manual;
- O valor do reembolso de despesas, de acordo com o plano contratado, será depositado pela Golden Cross na conta-corrente informada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”) ao contrato coletivo.

---

## Atenção

Só serão reembolsados os serviços cobertos pelo plano de saúde, conforme as condições e os limites do plano contratado. Para mais informações sobre reembolso, veja o item 2 abaixo e o capítulo 10 (“Reembolso”) deste Manual.

---

## 02. REEMBOLSO

### 2.1. REEMBOLSO PARA ATENDIMENTOS ELETIVOS E DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

Reembolso é o ressarcimento feito pela Golden Cross ao beneficiário titular, dentro da área de abrangência geográfica e nas condições e limites do plano contratado, de despesas com serviços médicos e/ou hospitalares cobertos pelo plano de saúde, sejam eletivos ou de urgência e emergência, efetuadas pelo beneficiário titular ou por seus beneficiários dependentes fora da rede credenciada de prestadores para o plano contratado.

---

## Atenção

Os reembolsos possuem um limite financeiro, de acordo com os múltiplos referentes ao plano contratado.

---

# Plano ADESÃO ESPECIAL 20

---

## 2.2. TABELA DE MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso:

<b>Tipo de despesa</b>	<b>Múltiplos de reembolso</b>
Despesas hospitalares	1,0
Honorários médicos durante a internação	2,0
Exames complementares e serviços auxiliares de diagnose	1,0
Intervenções ambulatoriais	1,0
Consultas	1,0

## 03. SERVIÇO OPCIONAL

Está disponível para este plano a contratação do serviço opcional “Golden Med”. Caso o serviço opcional seja contratado, o beneficiário terá cobertura aos serviços constantes no capítulo 15 deste Manual.



## **Anexo VII**

Plano UB CLUBE DAME  
GOLDEN CROSS BÁSICO –  
AMB/HOSP – ENFERMARIA

# Plano UB CLUBE DAME GOLDEN CROSS BÁSICO – AMB/HOSP – ENFERMARIA

---

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 14 DESTE MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE PLANO DE SAÚDE.

## 01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

### 1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

#### 1.1.1. Nome comercial

---

UB CLUBE DAME GOLDEN CROSS BÁSICO – AMB/HOSP – ENFERMARIA

#### 1.1.2. Código do plano

---

436.296/01-9

### 1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

A abrangência geográfica é a área em que a Operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.

No caso deste benefício, a abrangência geográfica de cobertura assistencial, com base na Lei n.º 9.656/98 e em sua regulamentação, é nacional.

### 1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

A área de atuação é a especificação nominal dos Estados e/ou Municípios que compõem a abrangência geográfica do benefício.

No caso deste benefício, a área de atuação compreende todo o território brasileiro.

# Plano UB CLUBE DAME GOLDEN CROSS BÁSICO – AMB/HOSP – ENFERMARIA

---

## 1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

A segmentação assistencial define a amplitude da cobertura assistencial a que o beneficiário tem direito, conforme o plano contratado.

No caso deste benefício, a segmentação assistencial é Referência.

## 1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

A acomodação define, nos planos que incluem a cobertura assistencial hospitalar, a hotelaria do leito a que tem direito o beneficiário, em caso de internação.

No caso deste benefício, a acomodação em caso de internação hospitalar é coletiva.

## 1.6. COBERTURA PARA EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS

Além das coberturas previstas no capítulo 4 (“Coberturas e procedimentos garantidos”) deste Manual, a cobertura assistencial deste plano compreenderá todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência, na forma estabelecida no Artigo 10 da Lei n.º 9.656/98.

Haverá cobertura integral, ambulatorial e hospitalar, do atendimento nos casos de:

- A. Urgência, assim entendidos os atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;
- B. Emergência, definidos como os atendimentos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizada em declaração do médico assistente.

Nos casos em que houver acordo de Cobertura parcial temporária (CPT) e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou Procedimentos de alta complexidade (PAC) relacionados às Doenças ou lesões preexistentes (DLP), a cobertura será prestada por 12 (doze) horas, ou por período inferior, caso haja a necessidade de internação.

# Plano UB CLUBE DAME GOLDEN CROSS BÁSICO – AMB/HOSP – ENFERMARIA

---

Após atendimento de urgência e emergência, será garantida a remoção do beneficiário para a unidade da rede credenciada, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade do atendimento do beneficiário.

Será garantida a remoção do beneficiário para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura parcial temporária (CPT) e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e Procedimentos de alta complexidade (PAC) relacionados às Doenças e lesões preexistentes (DLP).

## 1.7. FORMAS DE UTILIZAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

Além da forma de utilização mencionada no capítulo 3 (“Formas de utilização do plano de saúde”) deste Manual, este plano oferece o atendimento por livre escolha com reembolso, conforme condições indicadas a seguir:

### 1.7.1. Atendimento por livre escolha, com reembolso

---

Além da rede de prestadores credenciados, este plano de saúde oferece o sistema de livre escolha, pelo qual o beneficiário escolhe profissionais não credenciados pela Golden Cross para o plano contratado e, após o atendimento ter sido realizado, solicita o reembolso de despesas efetuadas, que serão ressarcidas exclusivamente pela Golden Cross, de acordo com as condições e os limites do plano contratado. Veja como proceder:

- Após verificar a efetiva cobertura do procedimento, escolha o serviço de sua preferência e agende o atendimento;
- Pague o profissional e solicite os recibos de todos os serviços realizados, discriminadamente;
- Reúna os originais dos comprovantes de pagamentos e os documentos necessários para cada procedimento (veja a relação de documentos no capítulo 10 (“Reembolso”) deste Manual);

# Plano UB CLUBE DAME GOLDEN CROSS BÁSICO – AMB/HOSP – ENFERMARIA

---

- Munido dos documentos especificados, solicite o reembolso conforme consta no capítulo 10 (“Reembolso”) deste Manual;
- O valor do reembolso de despesas, de acordo com o plano contratado, será depositado pela Golden Cross na conta-corrente informada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”) ao contrato coletivo.

---

## Atenção

Só serão reembolsados os serviços cobertos pelo plano de saúde, conforme as condições e os limites do plano contratado. Para mais informações sobre reembolso, veja o item 2 abaixo e o capítulo 10 (“Reembolso”) deste Manual.

---

## 02. REEMBOLSO

### 2.1. REEMBOLSO PARA ATENDIMENTOS ELETIVOS E DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

Reembolso é o ressarcimento feito pela Golden Cross ao beneficiário titular, dentro da área de abrangência geográfica e nas condições e limites do plano contratado, de despesas com serviços médicos e/ou hospitalares cobertos pelo plano de saúde, sejam eletivos ou de urgência e emergência, efetuadas pelo beneficiário titular ou por seus beneficiários dependentes fora da rede credenciada de prestadores para o plano contratado.

Os reembolsos serão realizados ao beneficiário de acordo com a Tabela Básica de Procedimentos Médico-hospitalares Golden Cross, observando-se o plano e os múltiplos a seguir mencionados.

# Plano UB CLUBE DAME GOLDEN CROSS BÁSICO – AMB/HOSP – ENFERMARIA

---

## 2.2. TABELA DE MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso:

<b>Tipo de despesa</b>	<b>Múltiplos de reembolso</b>
Despesas hospitalares	1,0
Honorários médicos durante a internação	1,0
Exames complementares e serviços auxiliares de diagnose	1,0
Intervenções ambulatoriais	1,0
Consultas	1,0

## 03. SERVIÇO OPCIONAL

Está disponível para este plano a contratação do serviço opcional “Golden Med”. Caso o serviço opcional seja contratado, o beneficiário terá cobertura aos serviços constantes no capítulo 15 deste Manual.





## Use bem, use sempre

---

Para usar da maneira mais adequada o plano de saúde e preservar a qualidade do benefício, é muito importante que os beneficiários saibam o que é o índice de sinistralidade e tenham sempre em mente algumas orientações básicas.

### ÍNDICE DE SINISTRALIDADE

Entende-se por índice de sinistralidade a relação percentual entre despesas e receitas do seu plano de saúde. A totalidade das despesas é calculada pela soma dos valores pagos por todo e qualquer atendimento prestado aos beneficiários e coberto por este contrato coletivo. Por isso, é essencial que todos os beneficiários saibam utilizar o plano de saúde de forma adequada, sem desperdícios.

### ORIENTAÇÕES PARA UTILIZAÇÃO

- Após a realização de uma consulta, siga rigorosamente o tratamento e as prescrições do médico.
- É seu direito e dever conferir sempre se todos os procedimentos realizados foram devidamente discriminados.
- Nunca empreste sua carteirinha, sob pena de configuração de fraude.
- Em caso de necessidade de atendimento de urgência ou emergência, dirija-se ao pronto-socorro mais próximo que faça parte da rede credenciada da Golden Cross para o seu plano.
- Realize exames conforme solicitação médica. Uma vez solicitados e realizados, sempre retire o resultado de seus exames. Estudos indicam que grande parte dos pacientes não retorna para retirar os resultados e não dá continuidade ao tratamento, causando duplo prejuízo: para si mesmos e para o plano de saúde.
- Após a utilização dos exames, guarde-os com segurança. Tais diagnósticos poderão ser úteis também no futuro.
- Em caso de sugestões, críticas ou eventuais reclamações, comunique a Golden Cross ou a Qualicorp.

Central de Serviços  
Golden Cross

---

**4004-2001**

Regiões metropolitanas e capitais

**0800-729-2001**

Demais regiões

**0800-727-2001**

Para portadores de necessidades especiais  
auditivas ou de fala

Central de Serviços  
Qualicorp

---

**4004-4400**

Capitais e regiões metropolitanas

**0800-16-2000**

Demais regiões

SAC Qualicorp

---

**0800-779-9002**

Todo o Brasil

Golden Cross:

**ANS nº 403911**

Qualicorp Adm. de Benefícios:

**ANS nº 417173**



3.11.04.43.00007

C. dez/2016-00003 | 1. dez/2016