



ADM
Administradora
de benefícios

Administradora: ADM Administradora de Benefícios Ltda.
CNPJ: 09.035.280/0001-48
Registro na ANS nº 41755-6
Operadora: Golden Cross Assistência Internacional de Saúde Ltda.
CNPJ: 01.518.211/0001-83
Nº de registro na ANS: 40.391-1
Nº de registro do produto: 432.828/00-1
Site: <http://www.aon.com/brasil/manual-beneficiario.jsp>
Tel.: (11) 4095-1010

Guia de Leitura Contratual

		<i>Página do Contrato</i>
<i>CONTRATAÇÃO</i>	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	13
<i>SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL</i>	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	13
<i>PADRÃO DE ACOMODAÇÃO</i>	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	14
<i>ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO</i>	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	13
<i>COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS</i>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	17
<i>EXCLUSÕES DE COBERTURAS</i>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	22
<i>DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)</i>	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	29

CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	25
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	36
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	24
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	52
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	43
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	47

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

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Ministério
da Saúde



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br



 **Golden Cross**
Empresas

CONDIÇÕES GERAIS

A partir de 30 Beneficiários

GOLDEN CROSS ASSISTÊNCIA INTERNACIONAL DE SAÚDE LTDA.

Apresentação

 **Golden Cross**
Empresas

CONDIÇÕES GERAIS

A partir de 30 Beneficiários

Para a GOLDEN CROSS, tão importante quanto cuidar da saúde dos seus funcionários é contribuir para o sucesso da sua empresa.

Partindo deste princípio, o segmento de planos corporativos sempre foi uma das prioridades da GOLDEN CROSS. Prova disso é o plano Empresas, desenvolvido especialmente para atender às necessidades do segmento empresarial, com uma excelente cobertura médico-hospitalar com obstetrícia e serviços direcionados à empresa.

Assim, produzimos estas Condições Gerais de forma clara, identificando as coberturas e anexos contratados.

Caso tenha alguma dúvida quanto às cláusulas contratuais e/ou sobre a utilização do plano, por favor entre em contato através do email planosempresariais@goldencross.com.br. Se preferir, acesse o nosso Portal www.goldencross.com.br ou ligue para nossas Centrais de Atendimento.

A GOLDEN CROSS agradece e sente-se honrada por ter sido escolhida para esta importante missão: cuidar da saúde da sua empresa.

Atenciosamente,



ANS - nº 403911

12/2013 – 15ª edição



 **Golden Cross**
Empresas

CONDIÇÕES GERAIS

A partir de 30 Beneficiários

ÍNDICE

1 - NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS.....	13
2 - TIPO DE CONTRATAÇÃO.....	13
3 - SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE.....	13
4 - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE.....	13
5 - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO.....	14
6 - FORMAÇÃO DO PREÇO.....	14
7 - ATRIBUTO DO CONTRATO.....	14
8 - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO.....	14
9 - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.....	17
10 - EXCLUSÕES DE COBERTURA.....	22
11 - DURAÇÃO DO CONTRATO.....	24
12 - PERÍODOS DE CARÊNCIA.....	25
13 - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES.....	29
14 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	32
15 - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES.....	35
16 - MECANISMOS DE REGULAÇÃO.....	36
17 - FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE.....	41
18 - REAJUSTE.....	43
19 - FAIXAS ETÁRIAS.....	46
20 - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS.....	47
21 - CONDIÇÕES DA PERDA DE QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO.....	50
22 - RESCISÃO/SUSPENSÃO.....	52
23 - DISPOSIÇÕES GERAIS.....	54
24 - DEFINIÇÕES.....	56
25 - ELEIÇÃO DE FORO.....	62
COBERTURA DE ASSISTÊNCIA 24 HORAS.....	65
COBERTURA DE REMISSÃO.....	77
COBERTURA OPCIONAL DE ATENDIMENTO MÉDICO DOMICILIAR.....	83
CLASSIFICAÇÃO DO PRODUTO.....	93



CONDIÇÕES GERAIS

A partir de 30 Beneficiários

CONTRATO COLETIVO DE COBERTURA DE DESPESAS AMBULATORIAIS, HOSPITALARES E OBSTÉTRICAS QUE ENTRE SI FAZEM, DE UM LADO, COMO CONTRATADA, GOLDEN CROSS ASSISTÊNCIA INTERNACIONAL DE SAÚDE LTDA., COM SEDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, ESTADO DO RIO DE JANEIRO, NA RUA MORAIS E SILVA, N.º 40, PARTE, MARACANÃ, INSCRITA NO CNPJ/MF SOB O N.º 01.518.211/0001-83, CEP: 20271-904, E FILIAIS (I) NA ALAMEDA RIO NEGRO, N.º 1.084, MEZANINO 01, ALPHAVILLE, CEP: 06454-000, BARUERI, SP, INSCRITA NO CNPJ/MF SOB O N.º 01.518.211/0002-64; NA (II) AVENIDA EMÍLIO MENEZES, S/Nº, QUADRA 11, LOTE 17, JARDIM PRIMAVERA, CEP:25215-255, DUQUE DE CAXIAS, RJ, INSCRITA NO CNPJ/MF SOB O N.º 01.518.211/0005-07, E (III) NA AV. ANITA GARIBALDI, N.º 1875, LOJA 04 A 06, ONDINA, CEP: 40170-130, SALVADOR, BA, INSCRITA NO CNPJ/MF SOB O N.º 01.518.211/0007-79, REGISTRADA NA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS SOB O N.º 403911, CLASSIFICADA COMO EMPRESA DE MEDICINA DE GRUPO, E, DE OUTRO LADO, A ESTIPULANTE, CONFORME PROPOSTA QUE PASSA A FAZER PARTE INTEGRANTE E COMPLEMENTAR DO PRESENTE CONTRATO.

1 – NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

Especial I – Número de registro: 432828001

2 – TIPO DE CONTRATAÇÃO

Plano Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde Suplementar

3 – SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

O presente contrato compreende a segmentação assistencial ambulatorial, hospitalar e obstétrica.

4 – ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

A área geográfica de abrangência deste contrato é nacional.

5 – PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

Especial I – quarto coletivo

Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos referenciados da CONTRATADA, o paciente poderá ter acesso a acomodação em nível superior, sem ônus adicional.

6 – FORMAÇÃO DE PREÇO

O pagamento da contraprestação pecuniária, a ser efetuado pela ESTIPULANTE à CONTRATADA, baseia-se no sistema de pagamento preestabelecido.

O preço *per capita*, que é pago pela ESTIPULANTE, corresponderá ao valor referente à faixa etária e ao plano que cada BENEFICIÁRIO se enquadrar no momento da contratação, podendo também ser apresentado por preço único.

7 – ATRIBUTOS DO CONTRATO

O presente contrato coletivo tem por objeto a prestação continuada, dentro dos limites estabelecidos para cada evento nestas Condições Gerais, obedecendo aos parâmetros estabelecidos pela Lei n.º 9.656, de 3 junho de 1998, e respectiva legislação suplementar, de serviços na forma de plano privado de assistência à saúde, visando a assistência médica hospitalar, inclusive obstétrica, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e suas atualizações, por prazo indeterminado, sem limite financeiro, ao BENEFICIÁRIO TITULAR e/ou de seus DEPENDENTE(S) devidamente incluídos no contrato.

Trata-se de contrato bilateral, contemplando direitos e obrigações para ambas as partes, nos termos da legislação civil em vigor, aplicando-se em especial os dispositivos inseridos nos arts. 458 a 461 da Lei n.º 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil Brasileiro), caracterizando-se como contrato de adesão, na forma do disposto no art. 54 da Lei n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor).

8 - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Este plano é destinado a atender os BENEFICIÁRIOS que possuam vínculo com a ESTIPULANTE, em decorrência de relação empregatícia ou estatutária, comprovados em documentação oficial. Poderão, ainda, ser incluídos como BENEFICIÁRIOS, os sócios e/ou administradores da ESTIPULANTE.

Caso a ESTIPULANTE inclua BENEFICIÁRIOS sem os vínculos previstos neste contrato, a CONTRATADA reserva-se ao direito de, a qualquer tempo, cobrar da ESTIPULANTE eventuais valores que venha a despendar em função deste descumprimento.

A ESTIPULANTE assumirá a responsabilidade pelas informações prestadas no documento no qual constam os Dados Cadastrais do Grupo Beneficiado, ciente do que dispõe o art. 422 da Lei n.º 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil Brasileiro), transcrito a seguir:

“Art. 422. Os contratantes são obrigados a guardar, assim na conclusão do contrato, como em sua execução, os princípios de probidade e boa-fé.”

A proposta apresentada pela ESTIPULANTE à CONTRATADA contemplará todos os componentes do Grupo Beneficiado, admitida a inclusão de BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES com o conseqüente pagamento da respectiva mensalidade, desde que observados os prazos previstos neste contrato.

São considerados BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES as pessoas físicas efetivamente incluídas neste contrato pela ESTIPULANTE, por solicitação do BENEFICIÁRIO TITULAR, limitando-se a cônjuge ou companheiro (a), filhos (as) naturais ou adotivos solteiros (as) até 21 anos incompletos ou filhos (as) até 24 anos, comprovadamente estudantes universitários ou cursando escola técnica de 2º grau.

A adesão e a manutenção dos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES no presente contrato dependerá da participação no plano de saúde do respectivo BENEFICIÁRIO TITULAR.

Os BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES (recém-nascidos* sejam filhos naturais, adotivos sob guarda ou tutela) incluídos no contrato estarão isentos de carências e Cobertura Parcial Temporária, desde que sua inclusão ocorra em até 30 (trinta) dias, contados da data do nascimento, adoção, guarda ou tutela e o BENEFICIÁRIO TITULAR não esteja cumprindo qualquer prazo de carência. Caso o BENEFICIÁRIO TITULAR ainda esteja cumprindo carências, os BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES (recém nascidos* sejam filhos naturais, adotivos, sob guarda ou tutela) deverão cumprir os prazos de carência previstos neste instrumento, aproveitando as carências já cumpridas pelo BENEFICIÁRIO TITULAR e estarão isentos de Cobertura Parcial Temporária.

**Portaria n.º 930, de 10 de maio de 2012, do Ministério da Saúde: “art. 2º Para os fins desta Portaria, considera-se recém-nascido a criança com idade entre 0 (zero) a 28 (vinte e oito) dias de vida”.*

A inclusão no contrato com o aproveitamento dos prazos de carência já cumpridos pelo BENEFICIÁRIO TITULAR e a isenção de Cobertura Parcial Temporária também será garantida nos seguintes casos:

- a) Filho(s) natural (is) menor (ES) de 12 (doze) anos incluído(s) no contrato em até 30 (trinta) dias contados do reconhecimento judicial ou extrajudicial da paternidade pelo BENEFICIÁRIO TITULAR;
- b) Menor (es) de 12 (doze) anos sob guarda ou tutela do BENEFICIÁRIO TITULAR, desde que incluído(s) no contrato em até 30 (trinta) dias contados da guarda ou tutela;
- c) Filho(s) adotivo(s) menor (es) de 12 (doze) anos, quando incluído(s) no contrato, aproveitará (ão) os períodos de carência já cumpridos pelo BENEFICIÁRIO adotante, conforme disposto no inciso VII, do artigo 12 da Lei n.º 9.656/98. A isenção de Cobertura Parcial Temporária somente será concedida nos casos em que a inclusão do(s) filho(s) adotivo(s) menor (es) de 12 (doze) anos ocorrer (em) dentro do prazo de 30 (trinta) dias contados da data da adoção.

O Grupo Beneficiado Inicial deverá ser constituído por, no mínimo, 3 (três) BENEFICIÁRIOS, sendo 2 (dois) BENEFICIÁRIOS TITULARES.

Para manutenção do contrato nos primeiros 12 (doze) meses iniciais de vigência, o Grupo Beneficiado deverá conter, no mínimo, 3(três) BENEFICIÁRIOS.

Caso o Grupo Beneficiado seja composto por 30 (trinta) BENEFICIÁRIOS ou mais, e a solicitação de inclusão de determinado BENEFICIÁRIO seja formalizada após os 30 (trinta) dias da constituição do vínculo com a ESTIPULANTE, ou caso o Grupo Beneficiado seja composto por menos de 30 (trinta) BENEFICIÁRIOS, ou, ainda, em casos de inclusão de BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES (recém-nascido ou menor de 12 (doze) anos, filho natural, adotivo, sob guarda ou, sob tutela e cuja paternidade tenha sido reconhecida pelo BENEFICIÁRIO TITULAR) após o prazo de 30 (trinta) dias do fato que lhe der causa, independente da composição do Grupo Beneficiado, deverá ser preenchida a Ficha Cadastral pelo BENEFICIÁRIO contendo a(s) Declaração (ões) de Saúde, elaborada(s) pela CONTRATADA, sendo facultado-lhe o auxílio de um médico orientador da Rede Referenciada, ou por outro de sua preferência, assumindo o BENEFICIÁRIO, nesta hipótese, o ônus da entrevista. O preenchimento da(s) Declaração (ões) de Saúde tem por objetivo a

indicação, por parte do BENEFICIÁRIO, da(s) doença(s) ou lesão (ões) preexistente(s) sobre a(s) qual (is) tenha prévio conhecimento, tanto em relação à sua própria condição de saúde, quanto à de todos os DEPENDENTES integrantes na Ficha Cadastral.

Ao BENEFICIÁRIO é atribuído o ônus pela veracidade e correção de todas as declarações que vier a fazer quando do preenchimento da Ficha Cadastral e Declaração (ões) de Saúde, bem como pela apresentação de todos os documentos indispensáveis para comprovação das informações prestadas, quais sejam: identidade e/ou certidão de nascimento; CPF/MF (inclusive para BENEFICIÁRIOS TITULARES que sejam menores de idade); certidão de casamento ou declaração de união estável do (a) companheiro (a) do BENEFICIÁRIO, quando for o caso; tutela ou guarda judicial do BENEFICIÁRIO DEPENDENTE, quando for o caso; comprovante de residência e comprovante da atividade principal desenvolvida, além de outros documentos que possam vir a ser exigidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

O BENEFICIÁRIO passará a integrar o presente contrato tão logo se verifique por parte da CONTRATADA, a sua Ficha Cadastral e o correto encaminhamento de toda documentação, inclusive de seus DEPENDENTES, sendo certo que os prazos para inclusão de BENEFICIÁRIOS previstos neste instrumento deverão ser observados.

Nenhuma inclusão ou exclusão de DEPENDENTES no presente contrato terá efeito se não for realizada por meio de declaração do BENEFICIÁRIO TITULAR, formalizada expressamente pela ESTIPULANTE.

As movimentações cadastrais (inclusões, exclusões ou alterações) serão de responsabilidade da ESTIPULANTE e deverão ser solicitadas e entregues à CONTRATADA em até 25 (vinte e cinco) dias antes do vencimento de sua fatura. As movimentações recebidas após esse prazo só serão contempladas na fatura do mês posterior.

9 - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Respeitados os prazos de carência, as exclusões e as coberturas estabelecidos nestas Condições Gerais, para o BENEFICIÁRIO TITULAR e seus DEPENDENTES, este contrato destina-se à pessoa jurídica e tem por objetivo cobrir despesas ambulatoriais, hospitalares e obstétricas, exames complementares e serviços auxiliares listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e suas atualizações, bem como as doenças listadas na Classificação Estatística

Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID 10).

COBERTURAS AMBULATORIAIS EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA:

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

- a) Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;
- b) Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente, devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;
- c) Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional de acordo com o número estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações, conforme indicação do médico assistente;
- d) Cobertura de procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações, em número ilimitado de sessões por ano, que podem ser realizados tanto por médico fisiatra quanto por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;
- e) Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;
- f) Cobertura para os seguintes procedimentos, considerados especiais:
 - Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - Radioterapia ambulatorial;
 - Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
 - Hemoterapia ambulatorial;

- Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.
- g) Implante de DIU - Dispositivo Intra-Uterino convencional não-hormonal e hormonal para contracepção (inclui o dispositivo);

COBERTURAS HOSPITALARES EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA:

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

- a) Cobertura em número ilimitado de dias para internações hospitalares clínicas e/ou cirúrgicas e Centro de Terapia Intensiva;
- b) Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular, e alimentação;
- c) Cobertura de exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e à elucidação diagnóstica;
- d) Fornecimento de medicamentos nacionais e nacionalizados, anestésicos, gases medicinais e transfusões, conforme prescrição do médico assistente, até a alta hospitalar;
- e) Cobertura de taxas e materiais utilizados, assim como a remoção do paciente, quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites da abrangência geográfica prevista no contrato;
- f) O BENEFICIÁRIO terá direito à cobertura de despesas de diária(s) de 1 (um) acompanhante, com exceção de despesas extraordinárias, no caso de paciente menor de 18 (dezoito) anos, no caso de paciente com 60 (sessenta) anos ou mais, bem como nos casos de portadores de deficiências, conforme indicação do médico assistente, no local da internação, respeitado o disposto no regulamento interno do hospital referenciado e suas condições de instalação;
- g) Cobertura de 1 (um) acompanhante, incluindo paramentação, alimentação e acomodação, indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato por 48 horas, salvo contra-indicação do médico assistente ou até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente;
- h) Cobertura para os seguintes procedimentos, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
 - Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - Radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;

- Hemoterapia;
 - Nutrição enteral ou parenteral;
 - Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - Embolizações e radiologia intervencionista;
 - Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - Procedimentos de reeducação e reabilitação física;
 - Transplantes de rins, córneas, autólogos e alogênico de medula óssea, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações, bem como as despesas com os procedimentos necessários à realização do transplante, incluindo : despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio (exceto medicamentos de manutenção), despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS. O candidato a transplante de órgãos proveniente de doador cadáver, conforme legislação específica, deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs, sujeitando-se aos critérios de fila única de espera e de seleção;
 - Procedimentos obstétricos, inclusive relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério observado o disposto no Rol de Procedimentos vigente e suas atualizações;
- i) Cobertura assistencial ao recém-nascido (a), filho (a) natural ou adotivo (a) do **BENEFICIÁRIO**, ou de seu **DEPENDENTE**, durante os 30 (trinta) primeiros dias após o parto, desde que o **BENEFICIÁRIO** já tenha cumprido os 180 (cento e oitenta) dias de carência;
- j) Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, incluindo reconstrutiva de mama;
- k) Cobertura de cirurgia bariátrica (obesidade mórbida), conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na época do evento e suas atualizações;
- l) Cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na época do evento e suas atualizações, para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;
- m) Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação

hospitalar. Para fins do disposto neste item, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;

- n) Cobertura para laqueadura tubária, laqueadura tubária laparoscópica e vasectomia, dentro das diretrizes previstas na Lei n.º 9.263 de 12 de janeiro de 1996;
- o) Cobertura de despesas com anestesiológico, caso haja indicação clínica, nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento,

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

COBERTURA PARA SAÚDE MENTAL EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA:

Ao BENEFICIÁRIO TITULAR e seu(s) **DEPENDENTE(S)** serão asseguradas as coberturas das despesas relativas à saúde mental correspondentes ao estabelecido como obrigatório pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

▪ A cobertura ambulatorial garantirá:

- a) Atendimento às emergências, assim consideradas as que impliquem ao **BENEFICIÁRIO** ou a terceiros, risco à vida ou danos físicos (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou risco de danos morais ou patrimoniais importantes;
- b) Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados, conforme indicação do médico assistente;
- c) Tratamento básico, assim entendido aquele prestado pelo médico assistente, ou sob sua orientação, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico ou outros procedimentos ambulatoriais.

▪ **A cobertura hospitalar garantirá:**

- a) 30 (trinta) dias, não cumulativos, por ano de vigência do contrato, para portador de transtornos psiquiátricos, que necessite de hospitalização. Após este período, será aplicada a coparticipação, que é a participação financeira do BENEFICIÁRIO quando da utilização dos referidos serviços de assistência. A coparticipação será aplicada no percentual de 30% (trinta por cento) sobre as despesas hospitalares e os honorários médicos de internação;
- b) Hospital Dia para transtornos mentais de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;
- c) Todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluindo o atendimento das lesões auto-infringidas;

10 - EXCLUSÕES DE COBERTURA

Estão expressamente excluídas da cobertura do presente contrato, conforme disposto na Lei n.º 9.656/98, tenha ou não havido internação hospitalar, e mesmo quando conseqüentes de acidentes pessoais, as despesas decorrentes de:

- a) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como próteses, órteses e seus acessórios para o mesmo fim;
- b) Cirurgias plásticas em geral, para fins estéticos;
- c) 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;
- d) Enfermagem particular, ainda que em hospital, e assistência médica domiciliar, mesmo que as condições do paciente exijam cuidados especiais ou extraordinários;
- e) Aparelhos estéticos, órteses, próteses e seus acessórios e/ou aparelhos utilizados para a substituição de função ou reabilitação não ligados ao ato cirúrgico;
- f) Atendimento nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pelas autoridades competentes;
- g) Equipamentos e aparelhos cirúrgicos para assistência médica domiciliar;
- h) Tratamentos ou procedimentos relacionados à inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de óocitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio

de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

- i) 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 da bula/manual registrada na ANVISA (uso **offlabel**);
- j) Materiais e medicamentos importados não nacionalizados;
- k) Medicamentos ministrados ou utilizados em tratamento domiciliar;
- l) 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;
- m) Remoções por via aérea, marítima e fluvial;
- n) Transplantes de órgãos, à exceção de córnea, rim, bem como dos transplantes de medula óssea, autólogos e alogênicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações;
- o) Despesas com medicação de manutenção pós-transplante;
- p) Tratamentos de rejuvenescimento e/ou de emagrecimento com finalidade estética;
- q) 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;
- r) Vacinas;
- s) Tratamento odontológico de qualquer natureza, mesmo que decorrente de acidente pessoal, exceto para cirurgia buco-maxilo-facial e procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que necessitem de ambiente hospitalar por imperativo clínico, na abrangência do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e suas atualizações;
- t) 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;

- u) Cirurgia refrativa, exceto para pacientes com mais de 18 anos, com grau estável há pelo menos 01 (um) ano, com miopia moderado e grave, de graus entre -5,0 e -10,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0 DC com refração medida através de cilindro negativo e/ou hipermetropia até grau 6,0 DE com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC com refração medida através de cilindro negativo;
- v) Serviços de internação domiciliar, em que os cuidados médicos e de enfermagem sejam prestados no domicílio do paciente;
- w) 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;
- x) 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;
- y) Despesas extraordinárias, ou seja, aquelas não previstas ou não sujeitas às coberturas contratuais, tanto do BENEFICIÁRIO quanto de seu acompanhante;
- z) Procedimentos médico-hospitalares para os quais o BENEFICIÁRIO ainda esteja em período de carência, ressalvados os casos de urgência e emergência, nos termos do disposto nestas Condições Gerais;
- aa) Outros procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e suas atualizações.

11 – DURAÇÃO DO CONTRATO

Na hipótese de Grupo Beneficiado composto por até 29 (vinte e nove) BENEFICIÁRIOS, o início de vigência do contrato observará as datas constantes na tabela a seguir, desde que até esse momento não seja feito qualquer pagamento à CONTRATADA ou, alternativamente, em caso de não aceitação do contrato, a CONTRATADA providencie a devolução do valor da primeira mensalidade a ESTIPULANTE.

Data de Assinatura da Ficha Cadastral	Período de Análise / Aceitação da Ficha Cadastral e da Declaração de Saúde	Data de Início da Vigência
1 a 5	Até o dia 19	Dia 20 do mês corrente
6 a 10	Até o dia 24	Dia 25 do mês corrente
11 a 15	Até o dia 29	Dia 30 do mês corrente
16 a 20	Até o dia 04	Dia 05 do mês seguinte
21 a 25	Até o dia 09	Dia 10 do mês seguinte
26 a 31	Até o dia 14	Dia 15 do mês seguinte

Para cumprimento dos prazos dispostos nesta tabela, é imprescindível que toda documentação necessária seja entregue à GOLDEN CROSS, sob protocolo, em até 72 horas úteis da data assinatura da Ficha Cadastral/Proposta de Adesão.

No caso de Grupo Beneficiado composto por 30 (trinta) BENEFICIÁRIOS ou mais, o início de vigência do contrato será aquele acordado entre as partes na Proposta de Comercial de Contrato Coletivo Empresarial, desde que até esse momento não seja feito qualquer pagamento à CONTRATADA, ou, alternativamente, em caso de não aceitação do contrato, a CONTRATADA providencie a devolução do valor da primeira mensalidade a ESTIPULANTE.

Após 12 (doze) meses de vigência do presente contrato, este será renovado automaticamente e passará a vigorar por prazo indeterminado, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

12 - PERÍODOS DE CARÊNCIA

Na hipótese de Grupo Beneficiado composto por 30 (trinta) ou mais BENEFICIÁRIOS, ficarão excluídos de qualquer prazo de carência as inclusões de BENEFICIÁRIOS TITULARES, desde que solicitadas à CONTRATADA no prazo máximo de 30 (trinta) dias da celebração do presente contrato ou da constituição do seu vínculo com a ESTIPULANTE. Ficam excluídas de qualquer prazo de carência, as inclusões futuras feitas pelo BENEFICIÁRIO TITULAR, mediante comunicação pela ESTIPULANTE à CONTRATADA, em razão de casamento, nascimento, adoção, reconhecimento de paternidade, guarda ou tutela, desde que efetuadas no prazo de 30 (trinta) dias do fato que lhe der causa e este não esteja cumprindo carência. Caso o BENEFICIÁRIO TITULAR ainda esteja cumprindo carências, os BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES deverão cumprir os prazos de carência previstos neste instrumento, aproveitando as carências já cumpridas pelo BENEFICIÁRIO TITULAR.

No caso de Grupo Beneficiado composto por menos de 30 (trinta) BENEFICIÁRIOS, estes cumprirão obrigatoriamente, todos os prazos de carência descritos neste contrato. Ficam excluídas de qualquer prazo de carência, as inclusões futuras feitas pelo BENEFICIÁRIO TITULAR, mediante comunicação pela ESTIPULANTE à CONTRATADA, em razão de nascimento, adoção, guarda ou tutela de recém-nascido, desde que efetuadas no prazo de 30 (trinta) dias do fato que lhes der causa e este não esteja cumprindo carência. Caso o BENEFICIÁRIO TITULAR ainda esteja cumprindo carências, o BENEFICIÁRIO

DEPENDENTE deverá cumprir os prazos de carência previstos neste instrumento, aproveitando as carências já cumpridas pelo BENEFICIÁRIO TITULAR.

Os seguintes BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES também terão o aproveitamento dos prazos de carência já cumpridos pelo BENEFICIÁRIO TITULAR:

- a) Filho(s) natural (is) menor (es) de 12 (doze) anos incluído(s) no contrato em até 30 (trinta) dias contados do reconhecimento judicial ou extrajudicial da paternidade pelo BENEFICIÁRIO TITULAR;
- b) Menor (es) de 12 (doze) anos sob guarda ou tutela do BENEFICIÁRIO TITULAR, desde que incluído(s) no contrato em até 30 (trinta) dias contados da guarda ou tutela;
- c) Filho(s) adotivo(s) menor (es) de 12 (doze) anos, quando incluído(s) no contrato a qualquer tempo.

Todas as demais inclusões efetivadas fora do aludido prazo serão passíveis de cumprimento dos prazos de carência previstos contratualmente.

Prazos de carência para Grupo Beneficiado composto por 30 (trinta) BENEFICIÁRIOS ou mais.

24 horas

Consultas Médicas:

Todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

Exames Complementares:

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

Todos os decorrentes de consultas médicas, exceto aqueles especificados a seguir.

Casos Clínicos ou Cirúrgicos:

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

Serviços Auxiliares:

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

30 dias

Exames Complementares:

Anatomopatologia e citopatologia, angiografia, Angiotomografia coronariana (com diretriz de utilização), artroscopia diagnóstica, biopsia e punção, densitometria óssea, doppler, duplex scan, ecocardiografia uni e bidimensional com Doppler, eletroencefalograma, endoscopias digestiva, ginecológica, respiratória e

urológica, exames decorrentes de doenças cardíacas, neurológicas e vasculares, exame genético, exame oftalmológico, exame otorrinolaringológico, laparoscopia, medicina nuclear, neurofisiologia, radiologia simples e contrastada, radiologia intervencionista, ressonância magnética, teste de função pulmonar, tococardiografia, tomografia computadorizada, ultrassonografia em geral, ultrassonografia obstétrica, urodinâmica, tomografia de coerência óptica (com diretriz de utilização)

Casos Clínicos ou Cirúrgicos:

Adenoidectomia, amigdalectomia, anexectomia, artroscopia cirúrgica, casos clínicos em geral, casos clínicos cardíacos, neurológicos e vasculares, cirurgia da obesidade mórbida, cirurgia eletiva e em fase aguda, cirurgia para hemorróida, hérnia, surdez e varicocele, cirurgia por vídeo, colpocistoperineoplastia, colocação de DIU, ginecologia, litotripsia, histerectomia, implante de anel intraestromal (com diretriz de utilização), oncologia, oxigenoterapia hiperbárica, tratamento ocular quimioterápico com antiangiogênico (com diretriz de utilização), terapia imunobiológica endovenosa para tratamento de artrite reumatóide, artrite psoriática, doença de Crohn e espondilite anquilosante (com diretriz de utilização), vasectomia

Serviços Auxiliares:

Fisioterapia, hemoterapia, quimioterapia, radioterapia, sessões com fonoaudiólogo, sessões com nutricionista sessões com Terapeuta Ocupacional

180 dias

Casos Clínicos ou Cirúrgicos:

Cirurgias cardíacas, neurológicas e vasculares, cirurgia de coluna vertebral, transplantes de rins, córneas e medula óssea autólogos e alogênicos

Serviços Auxiliares:

Díalise, psicoterapia e sessões de acupuntura

300 dias

Casos Clínicos ou Cirúrgicos:

Parto a Termo

Prazos de carência para Grupo Beneficiado composto por menos de 30 (trinta) BENEFICIÁRIOS.

24 horas

Exames Complementares:

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

Casos Clínicos ou Cirúrgicos:

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

Serviços Auxiliares:

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

30 dias

Consultas Médicas:

Todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

Exames Complementares:

Análises clínicas e todos os decorrentes de consultas médicas, exceto aqueles especificados a seguir.

Serviços Auxiliares:

Fisioterapia, sessões com nutricionista, sessões com fonoaudiólogo, sessões com terapeuta ocupacional.

180 dias

Exames Complementares:

Anatomopatologia e citopatologia, angiografia, Angiotomografia coronariana (com diretriz de utilização), artroscopia diagnóstica, biopsia e punção, densitometria óssea, doppler, duplex scan, ecocardiografia uni e bidimensional com Doppler, eletroencefalograma, endoscopias digestiva, ginecológica, respiratória e urológica, exames decorrentes de doenças cardíacas, neurológicas e vasculares, exame genético, exame oftalmológico, exame otorrinolaringológico, laparoscopia, medicina nuclear, neurofisiologia, radiologia contrastada, radiologia intervencionista, ressonância magnética, teste de função pulmonar, tococardiografia, tomografia computadorizada, ultrassonografia em geral, ultrassonografia obstétrica, urodinâmica, tomografia de coerência óptica (com diretriz de utilização)

Casos Clínicos ou Cirúrgicos:

Adenoidectomia, amigdalectomia, anexectomia, artroscopia cirúrgica, casos clínicos em geral, casos clínicos cardíacos, neurológicos e vasculares, cirurgia da obesidade mórbida, cirurgia eletiva e em fase aguda, cirurgia para hemorróida, hérnia, surdez e varicocele, cirurgia por vídeo, colpocistoperineoplastia, colocação de DIU, ginecologia, litotripsia, histerectomia, implante de anel intraestromal (com diretriz de utilização), oncologia,

oxigenoterapia hiperbárica, tratamento ocular quimioterápico com antiangiogênico (com diretriz de utilização), terapia imunobiológica endovenosa para tratamento de artrite reumatóide, artrite psoriática, doença de Crohn e espondilite anquilosante (com diretriz de utilização), vasectomia

Serviços Auxiliares:

Díalise, hemoterapia, quimioterapia, radioterapia, sessões de acupuntura e psicoterapia

300 dias

Casos Clínicos ou Cirúrgicos:

Parto a termo

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

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

O fornecimento de informações incorretas na contratação do plano acarretarão a perda dos benefícios a que, porventura, o BENEFICIÁRIO TITULAR e/ou seu(s) DEPENDENTE(S) tenha(m) feito jus, em relação à redução de carência, exceto em relação àquelas determinadas por lei.

13 - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Serão consideradas doenças e lesões preexistentes aquelas sobre as quais o BENEFICIÁRIO ou seu responsável tenha prévio conhecimento, tanto em relação à sua saúde quanto à de todos os dependentes, no momento da contratação ou adesão ao plano de saúde.

Caso o Grupo Beneficiado seja composto por 30 (trinta) ou mais BENEFICIÁRIOS, não será aplicado o Agravado ou a Cobertura Parcial Temporária para as doenças e/ou lesões preexistentes, nas hipóteses em que as alterações no Grupo Beneficiado forem efetuadas no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da celebração do presente contrato, admissão do BENEFICIÁRIO TITULAR na empresa ou do casamento/união estável declarada.

As inclusões de BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES (recém-nascido ou menor de 12 (doze) anos, seja filho natural, adotivo, sob guarda ou tutela ou cuja paternidade tenha sido reconhecida pelo BENEFICIÁRIO TITULAR) realizadas no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados do fato que lhes der causa, também estarão isentas de aplicação de Cobertura Parcial Temporária ou Agravado, independente da composição do Grupo Beneficiado.

Ressalvadas as condições previstas nos parágrafos anteriores, o BENEFICIÁRIO TITULAR deverá informar à CONTRATADA, por si e por seus DEPENDENTES, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento da doença e/ou lesão preexistente, à época da adesão ao contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato.

A Declaração de Saúde consistirá no preenchimento de um formulário, elaborado pela CONTRATADA, para registro de informações sobre as doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador ou sofrendor, e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação ou adesão contratual.

O preenchimento do Formulário de Declaração de Saúde, elaborado pela CONTRATADA, poderá ser efetuado através de entrevista qualificada, com o objetivo principal de relacionar, se for o caso, todas as doenças de conhecimento prévio do BENEFICIÁRIO, em relação a ele próprio e a todos os dependentes indicados para integrar o contrato.

No momento da entrevista qualificada, o BENEFICIÁRIO poderá escolher um médico orientador pertencente à lista de profissionais médicos da rede de prestadores referenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o mesmo.

O BENEFICIÁRIO poderá escolher, ainda, um médico orientador que não faça parte da Rede Referenciada da CONTRATADA para auxiliar no preenchimento da Declaração de Saúde, arcando com os honorários médicos deste profissional, sem direito a reembolso.

Na hipótese de existência de doença ou lesão preexistente, caso a CONTRATADA opte pelo não oferecimento de cobertura total, esta deverá oferecer obrigatoriamente a Cobertura Parcial Temporária, sendo facultado o oferecimento do Agravado.

O agravo é o acréscimo no valor da mensalidade do plano de saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a CONTRATADA e o beneficiário.

A Cobertura Parcial Temporária, que consiste na suspensão de cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças e/ou lesões preexistentes, por um período de 24 (vinte e quatro) meses, contado do início de vigência do contrato, obedecerá aos seguintes critérios:

- a) **Procedimentos cirúrgicos** em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente, e suas atualizações;
- b) **Internações em leito de alta tecnologia:** acomodação destinada ao tratamento intensivo e especializado, em Unidades ou Centros de Terapia Intensiva, Semi-intensiva, Coronariana, Pediátrica ou Neonatal, Unidades de Isolamento, Terapia Respiratória e Terapia de Pacientes Queimados;
- c) **Procedimentos de alta complexidade**, em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente, e suas atualizações.

A CONTRATADA poderá comprovar o conhecimento prévio do BENEFICIÁRIO sobre sua condição ou de seu(s) DEPENDENTE(S) quanto à existência de doença e/ou lesão preexistente, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses, podendo a omissão dessa informação ser caracterizada como comportamento fraudulento. Para fins desta comprovação, a CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal, assumindo o ônus da prova.

A omissão de informações, por parte do BENEFICIÁRIO, ou o fornecimento destas de forma incompleta, incorreta ou inverídica, com intuito de obter vantagem no presente contrato, podem caracterizar violação das condições contratuais, facultado à CONTRATADA a busca pela proteção de seus direitos, até mesmo liminarmente, sem prejuízo de eventual exclusão do BENEFICIÁRIO TITULAR e/ou dependentes por fraude e/ou indenização pelos danos que venha a sofrer com a utilização indevida das coberturas.

Identificado indício de fraude por parte do BENEFICIÁRIO, referente à omissão de informação de conhecimento de doença e/ou lesão preexistente, a CONTRATADA comunicará imediatamente ao BENEFICIÁRIO e poderá oferecer as opções de Cobertura Parcial Temporária, agravo ou abrir processo administrativo na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para julgamento da alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde. Neste caso, o presente contrato não será suspenso ou rescindido

unilateralmente pela CONTRATADA, nem será negada cobertura contratual até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.

Se a alegação apresentada pela CONTRATADA for acolhida a alegação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, o BENEFICIÁRIO passará a ser o 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 pela CONTRATADA.

Na hipótese da CONTRATADA realizar qualquer tipo de exame ou perícia no BENEFICIÁRIO, com vistas à sua admissão no plano de saúde, esta não poderá alegar omissão de informação de doença e/ou lesão preexistente.

14 – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

Quando não for possível a utilização da Rede Referenciada, em situações de emergência e/ou urgência, dentro da área de abrangência do plano, a CONTRATADA se responsabilizará, dentro dos limites e condições contratuais, a reembolsar as despesas realizadas com a assistência à saúde para o BENEFICIÁRIO.

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

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

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

Os casos configurados como urgência e/ou emergência, decorrentes de complicações no processo gestacional, estarão assegurados após decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato, observados os prazos e condições a seguir:

- a) Caso a BENEFICIÁRIA já tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o parto e a internação dele decorrente terão cobertura integral garantida; e
- b) Caso a BENEFICIÁRIA ainda esteja cumprindo o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias deverá ser garantido o atendimento de urgência, restrito às primeiras 12 (doze) horas. Persistindo a necessidade de internação ou havendo necessidade de realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar para a continuidade do atendimento, a cobertura cessará.

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

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

- a) Documento comprobatório com a solicitação do procedimento médico, nos casos de emergência;
- b) Conta discriminada das despesas, incluindo relação de materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as vias originais das notas fiscais da pessoa jurídica prestadora do atendimento;
- c) Vias originais dos comprovantes de pagamento dos honorários médicos, de assistentes e, se for o caso, de auxiliares e anestesistas, com os números dos Conselhos de Classe, do CPF/MF e do ISS, bem como discriminação do serviço realizado; e
- d) Relatório médico justificando o tratamento e o tempo de permanência do BENEFICIÁRIO TITULAR e/ou seus DEPENDENTE(S) no hospital.

Os reembolsos efetuados ao BENEFICIÁRIO serão realizados no prazo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação completa à CONTRATADA, conforme Tabela Básica de Procedimentos Médico-Hospitalares Golden Cross.

Categoria	Despesas hospitalares	Honorários médicos em internação	Exames complementares / serviços auxiliares	Intervenção ambulatorial	Consultas
Especial I	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0

Fica expressamente vedada a cessão, a terceiros, de crédito de reembolso relativo a despesas realizadas com assistência à saúde pelo BENEFICIÁRIO TITULAR e/ou seus DEPENDENTES.

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

Não serão passíveis de reembolso os eventos que não constem no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e suas atualizações, os procedimentos sem previsão de cobertura neste contrato, as despesas com alimentação de acompanhante (ressalvados os casos de pacientes menores de 18 (dezoito) anos, maior de 60 (sessenta) anos, portadores de deficiências e gestantes em pré-parto, parto e pós-parto, conforme inciso I do art. 19 da Resolução Normativa ANS n.º 262/2011) e serviços extraordinários, tais como telefonia, enfermagem particular, aluguel de televisão, dentre outros.

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

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

- b) Ser por via terrestre e até o estabelecimento médico-hospitalar, indicado pela CONTRATADA, que tenha condições de prestar a continuidade do atendimento;
- c) Ser destinada ao atendimento do BENEFICIÁRIO, durante evento coberto, desde que cumprida a respectiva carência contratual ou Cobertura Parcial Temporária, quando for o caso;
- d) Ser destinada à realização de procedimentos essenciais ao acompanhamento da patologia que gerou a internação ou de evento essencial à manutenção da saúde do BENEFICIÁRIO;
- e) Serem observados os critérios contratuais.

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

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

Caso não possa haver remoção por risco à vida, o BENEFICIÁRIO e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se a CONTRATADA desse ônus.

15 - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

O BENEFICIÁRIO poderá utilizar serviços fora da Rede Referenciada, dentro da área de abrangência do plano, sendo que, a CONTRATADA se responsabiliza, dentro dos limites e condições contratuais, a reembolsar as despesas realizadas com a assistência à saúde para o BENEFICIÁRIO, desde que estas estejam cobertas por este contrato. Todas as coberturas previstas no presente contrato, serão passíveis de reembolso. Para se habilitar ao reembolso das despesas ambulatoriais/hospitalares e obstétricas, o BENEFICIÁRIO deverá apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos:

- a) Documento comprobatório com a solicitação do procedimento médico;
- 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 da pessoa jurídica prestadora do atendimento;

- c) Vias originais dos comprovantes de pagamento dos honorários médicos, de assistentes e, se for o caso, de auxiliares e anestesistas, com os números dos Conselhos de Classe, do CPF/MF e do ISS, bem como discriminação do serviço realizado; e
- d) Relatório médico justificando o tratamento e o tempo de permanência do BENEFICIÁRIO TITULAR e/ou seu(s) DEPENDENTE(S) no hospital.

Os reembolsos efetuados ao BENEFICIÁRIO serão realizados no prazo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação completa à CONTRATADA, Tabela Básica de Procedimentos Médico-Hospitalares Golden Cross.

Categoria	Despesas hospitalares	Honorários médicos em internação	Exames complementares/ serviços auxiliares	Intervenção ambulatorial	Consultas
Especial I	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0

Fica expressamente vedada a cessão, a terceiros, de crédito de reembolso relativo a despesas realizadas com assistência à saúde pelo BENEFICIÁRIO TITULAR e/ou seus DEPENDENTES.

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

Não serão passíveis de reembolso os eventos que não constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e suas atualizações, os procedimentos sem previsão de cobertura neste contrato, as despesas com alimentação de acompanhante (ressalvados os casos de pacientes menores de 18(dezoito) anos, maior de 60 (sessenta) anos, portadores de deficiências e gestantes em pré-parto, parto e pós-parto, conforme inciso I do art. 19 da Resolução Normativa ANS n.º 262/2011) e serviços extraordinários, tais como telefonia, enfermagem particular, aluguel de televisão, dentre outros.

16 - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Alterações na rede Hospitalar

As alterações na rede hospitalar observarão o disposto no art.17 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998.

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

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

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

Todas as especificações de atendimento do BENEFICIÁRIO junto à Rede Referenciada estão dispostas no “Manual do Usuário Golden Cross”.

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

Gerenciamento de ações de saúde

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

- a) Tratamento clínico e cirúrgico das doenças cardíacas, neurológicas e vasculares;
- b) Tratamento cirúrgico da coluna vertebral;
- c) Tratamento cirúrgico oftalmológico, otorrinolaringológico, buco-maxilo-facial e ortopédico com a utilização de órtese, prótese e material especial;

- d) Embolização;
- e) Implante de marcapasso ou cardio-desfibrilador;
- f) Transplantes de córnea, medula óssea (autólogo e alogênico) e rim;
- g) Tratamento clínico e cirúrgico da obesidade mórbida e suas consequências;
- h) Quimioterapia e radioterapia;
- i) Hemodiálise e diálise peritoneal;
- j) Terapia imunobiológica ;
- k) Tratamento ocular quimioterápico com antiangiogênico;
- l) Internações clínicas de doenças endocrinológicas, metabólicas e nutricionais.

A CONTRATADA poderá excluir ou incluir outras condições médicas observado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e suas atualizações. As novas condições médicas eventualmente incluídas pela CONTRATADA estarão ou serão vinculadas aos programas especiais de atendimento.

As informações e/ou atualizações sobre a relação dos profissionais especialistas e estabelecimentos de saúde, com as respectivas condições médicas, estarão disponíveis nos canais de comunicação: Portal Golden Cross – endereço eletrônico: www.goldencross.com.br, Central de Serviços e Livro de Rede Referenciada.

Os casos configurados como urgência e emergência, conforme definido na Cláusula de ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA deste contrato, não serão objeto de direcionamento pela CONTRATADA.

Divergência médica

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

Cada parte pagará os honorários do médico que nomear, sendo a remuneração do terceiro, desempatador, de responsabilidade da CONTRATADA. Na hipótese de o BENEFICIÁRIO optar por um médico referenciado da CONTRATADA, esta deverá arcar com os custos dos serviços.

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

Procedimentos passíveis de prévia autorização:

Os seguintes procedimentos médico-hospitalares serão passíveis de prévia aprovação da CONTRATADA para serem realizados: exames, pequenos atendimentos, procedimentos em série, remoção, internação e *day clinic*. Para obter a respectiva autorização a CONTRATADA deverá ser contactada por meio da Central de Serviços ou qualquer outro meio de comunicação disponível.

Os procedimentos médico-hospitalares, exames complementares e serviços auxiliares mencionados neste item, são exemplos de eventos que deverão ser submetidos à autorização prévia da CONTRATADA.

- **Procedimentos médico-hospitalares**

Acupuntura

Cirurgia

Diálise

Fisioterapia

Fonoaudiologia

Hemoterapia

Internação

Litotripsia

Nutrição

Psicoterapia

Quimioterapia

Radioterapia

Remoção

Transplantes de rins, córneas e medula óssea autólogos e alogênicos

Terapia Ocupacional

- **Exames complementares**

Análises clínicas

Anatomopatologia e citopatologia

Angiografia

Artroscopia
Biopsia
Densitometria óssea
Ecocardiografia
Eletrocardiografia dinâmica (Holter)
Eletrococleografia
Endoscopias digestiva, ginecológica, respiratória e urológica
Exames decorrentes de doenças cardíacas, neurológicas e vasculares
Exames genéticos
Hemodinâmica
Laparoscopia
Medicina nuclear
Neurofisiologia
Radiologia
Ressonância magnética
Tomografia computadorizada
Ultrassonografia
Urodinâmica

A autorização prévia somente será efetivada pela CONTRATADA mediante avaliação das informações constantes na solicitação do procedimento médico pelo médico assistente ou cirurgião dentista e no relatório médico justificando o tratamento, não podendo haver restrição às solicitações de profissionais não pertencentes à rede própria ou referenciada da CONTRATADA.

Para análise adequada da autorização prévia, a CONTRATADA reserva-se o direito de, sempre que julgar necessário, solicitar informações complementares a hospitais, clínicas, laboratórios e outros médicos que tenham prestado atendimento, anteriormente, ao BENEFICIÁRIO. A CONTRATADA compromete-se a garantir ao BENEFICIÁRIO o atendimento pelo seu auditor, no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação e respectiva entrega da documentação completa exigida para análise.

Na autorização prévia para internação, será estipulada a quantidade de diárias necessárias, de acordo com o tipo de procedimento a que o BENEFICIÁRIO será submetido. Quando necessária a permanência hospitalar

por um período superior ao concedido, deverá ser solicitada à CONTRATADA a prorrogação da autorização. Os casos de urgência e emergência não necessitarão de prévia autorização através de senha, mas deverão ser comunicados à CONTRATADA em até 48 (quarenta e oito) horas do início do atendimento.

Das sugestões, reclamações e condições de atendimento

É direito do BENEFICIÁRIO emitir sua opinião sobre a operacionalização do plano, bem como apresentar sugestões e/ou reclamações, pelo Portal Golden Cross, no endereço www.goldencross.com.br, ou por qualquer outro ponto de atendimento disponibilizado pela CONTRATADA, quais sejam: Golden Fone - SAC (verifique o telefone no verso destas Condições Gerais) ou correspondências encaminhadas à caixa postal 40005 – Rio de Janeiro – RJ – CEP 20270-970.

É direito do BENEFICIÁRIO com mais de 60 (sessenta) anos, das gestantes, das lactantes, dos lactentes e das crianças de até 5 (cinco) anos, privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos em relação aos demais BENEFICIÁRIOS (previsto no inciso II do Artigo 18 da Lei n.º 9.656/98), cabendo ao prestador do atendimento respeitar esse direito.

É dever do BENEFICIÁRIO, sempre que fizer uso de qualquer atendimento coberto pelo presente contrato, prestado por pessoa física ou jurídica, referenciada da CONTRATADA, identificar-se por meio de documento que comprove a sua identidade, bem como pela apresentação da carteira Golden Cross. É dever da ESTIPULANTE e do BENEFICIÁRIO manter seu endereço de correspondência atualizado junto à CONTRATADA, assim como todos os demais dados cadastrais, através do envio dos respectivos documentos comprobatórios, em conformidade com o disposto na Resolução Normativa n.º 117, de 30 de novembro de 2005 e Instrução Normativa n.º 18, de 30 de dezembro de 2005, ambas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, ou outra norma que venha a ser posteriormente editada sobre a mesma matéria.

É dever do BENEFICIÁRIO utilizar o plano de saúde com boa-fé, sendo considerado má-fé o empréstimo do cartão de identificação do plano a outrem, bem como prestar declarações falsas ou omitir da CONTRATADA dados importantes.

17 – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

O pagamento da contraprestação pecuniária, a ser efetuado pela ESTIPULANTE à CONTRATADA, baseia-se no sistema de pagamento preestabelecido.

O preço *per capita*, que é pago pela ESTIPULANTE, corresponderá ao valor referente à faixa etária e ao plano que cada BENEFICIÁRIO se enquadrar no momento da contratação, podendo também ser apresentado por preço único. O cálculo do preço único, para cada plano contratado pela ESTIPULANTE, se dará com base na soma total do preço pago por cada BENEFICIÁRIO, de acordo com sua faixa etária, dividido pelo número total de BENEFICIÁRIOS.

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

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

No momento da inclusão de novo BENEFICIÁRIO TITULAR, a ESTIPULANTE deverá apresentar ao novo funcionário a(s) citada(s) tabela(s) de preço(s) atualizada(s). É permitido à ESTIPULANTE subsidiar o plano dos ex-empregados ou promover a participação dos empregados ativos no seu financiamento, devendo para tanto o valor correspondente ser explicitado pela ESTIPULANTE aos BENEFICIÁRIOS TITULARES.

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

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

mensalidade deverá ser quitada no estabelecimento bancário indicado pela CONTRATADA, até a data do vencimento, constante do respectivo boleto de cobrança.

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

Caso o vencimento se dê em dia não útil ou feriado bancário, o pagamento deverá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente. O não pagamento da mensalidade, na forma estipulada nesta Cláusula acarretará para a ESTIPULANTE a incidência de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês ou fração e multa de 2% (dois por cento), sobre o valor do débito.

O pagamento da mensalidade não será reconhecido pela CONTRATADA se a ESTIPULANTE e/ou BENEFICIÁRIO INATIVO não possuir comprovante devidamente autenticado pelo banco recebedor. O pagamento antecipado da mensalidade não elimina nem reduz os prazos de carência e/ou Cobertura Parcial Temporária estabelecidos no presente contrato.

À CONTRATADA é garantido o direito de cobrar em juízo, pela via executiva ou outra que preferir, o valor da mensalidade não paga pela ESTIPULANTE e/ou BENEFICIÁRIO INATIVO, a contar da data do inadimplemento. A CONTRATADA se reserva, ainda, o direito de promover a cobrança dos pagamentos em atraso, através de bancos e pelos meios legais cabíveis, sejam esses valores equivalentes a quaisquer débitos não quitados, conforme obrigações previstas neste contrato.

A não utilização de quaisquer coberturas durante a vigência do contrato não exonera a ESTIPULANTE e/ou BENEFICIÁRIO INATIVO do pagamento das mensalidades vencidas e/ou vincendas.

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

18 – REAJUSTE

A CONTRATADA aplicará anualmente sobre o valor da mensalidade do contrato, na data de seu aniversário, ou em período inferior caso a legislação venha a permitir, o Índice de Reajuste (IR) que é composto pelo

Reajuste Técnico, Reajuste Financeiro e Reajuste por Impacto de Novas Tecnologias, conforme fórmula a seguir:

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

Onde,

IR = Índice de Reajuste (em %)

RF = Reajuste Financeiro

RT = Reajuste Técnico (sinistralidade)

RINT = Reajuste por Impacto de Novas Tecnologias

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

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

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

Onde,

RT = Reajuste Técnico (em %)

ΣD = Total de despesas (sinistros) do contrato apuradas em 12 (doze) meses consecutivos, ou período inferior caso a legislação venha a permitir, referentes a beneficiários/contratos fora do período de carência

ΣM = Total de mensalidades do contrato referentes a 12 (doze) meses consecutivos, ou período inferior caso a legislação venha a permitir, referentes a beneficiários/contratos fora do período de carência

IE = Índice de Equilíbrio de **65%** para os contratos com até 29 (vinte e nove) BENEFICIÁRIOS; **65%** para os contratos que possuam entre 30 (trinta) a 99 (noventa e nove) BENEFICIÁRIOS; **70%** para os contratos com 100 (cem) ou mais BENEFICIÁRIOS

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

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

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

A CONTRATADA, em observância à Resolução Normativa n.º 309 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, realizará anualmente o agrupamento de todos os contratos coletivos que tenham até 29 (vinte e nove) BENEFICIÁRIOS, para fins de cálculo e aplicação dos reajustes previstos nesta Cláusula.

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

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

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

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

Disposições diversas acerca dos reajustes

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

A CONTRATADA reserva-se o direito de, anualmente, recalculer a mensalidade, sempre que a mensalidade média calculada com base na composição etária do Grupo Beneficiado, resultar em diferença superior a 5% (cinco por cento) na mensalidade média da implantação ou do último reajuste calculado com base neste item. Independente da data de inclusão dos BENEFICIÁRIOS, os valores de suas mensalidades terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário do contrato, sendo certo que não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.

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

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

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

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

19 - FAIXAS ETÁRIAS

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

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

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

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

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

20 - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

A ESTIPULANTE deverá preencher a Proposta de Contrato Coletivo, anexando os documentos do BENEFICIÁRIO que comprovem a participação societária ou vínculo com a ESTIPULANTE, nas formas empregatícia ou estatutária, bem como os documentos abaixo relacionados:

- a) Contrato ou Estatuto Social devidamente registrado na Junta Comercial ou no Registro Civil de Pessoas Jurídicas;
- b) Comprovante de Inscrição no CNPJ/MF;
- c) Folha de registro dos funcionários incluídos no contrato, quando for o caso;
- d) Relação atualizada de funcionários inscritos no Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS, acompanhada da última guia de recolhimento (GFIP) quitada.

De acordo com as declarações constantes da proposta da ESTIPULANTE, o BENEFICIÁRIO TITULAR poderá ser:

CONTRIBUTÁRIO: é o BENEFICIÁRIO TITULAR que contribui para custear parte ou integralidade da mensalidade de seu plano privado de assistência à saúde oferecido pela ESTIPULANTE em decorrência de vínculo empregatício ou estatutário, à exceção dos valores relacionados a pagamentos vinculados à (aos) BENEFICIÁRIO(s) DEPENDENTE(s) e à coparticipação e/ou franquia, como fator de moderação na utilização dos serviços de assistência médica, os quais não caracterizam em qualquer hipótese a contributividade; ou

NÃO CONTRIBUTÁRIO: é o BENEFICIÁRIO TITULAR que não contribui para custear parte ou integralidade da mensalidade de seu plano privado de assistência à saúde oferecido pela ESTIPULANTE em decorrência de vínculo empregatício ou estatutário, recaiando o ônus do custeio totalmente sobre a ESTIPULANTE. Não se caracteriza em qualquer hipótese a contributividade, os valores relacionados a pagamentos vinculados à (aos) BENEFICIÁRIO(s) DEPENDENTE(s) e à coparticipação e/ou franquia, como fator de moderação na utilização dos serviços de assistência médica.

O direito de manutenção da condição de beneficiário é exclusivo aos ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa CONTRIBUTÁRIOS e aposentados CONTRIBUTÁRIOS.

Os ex-empregados demitidos ou exonerados por justa causa CONTRIBUTÁRIOS OU NÃO, os ex-empregados demitidos e exonerados sem justa causa NÃO CONTRIBUTÁRIOS, e os aposentados NÃO CONTRIBUTÁRIOS não fazem jus aos direitos especificados nos artigos 30 e 31 da Lei n.º 9.656/98.

Ao BENEFICIÁRIO contributivo, no caso de demissão ou exoneração sem justa causa do contrato de trabalho pela ESTIPULANTE e no caso de aposentadoria, é assegurado a manutenção de sua condição de BENEFICIÁRIO no mesmo plano contratado pela ESTIPULANTE, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que:

- a) Assuma o pagamento integral da mensalidade correspondente ao seu custo por faixa etária;
- b) O contrato celebrado entre a ESTIPULANTE e a CONTRATADA esteja em vigor; e
- c) Opte pela manutenção do aludido benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação da ESTIPULANTE, formalizada no ato da rescisão do contrato de trabalho.

Quando o ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado optar pela sua manutenção na condição de BENEFICIÁRIO INATIVO, esta se dará no mesmo contrato celebrado com a ESTIPULANTE com a manutenção das condições de reajuste, preço, faixa etária e fator moderador previstas no plano privado de assistência à saúde para os BENEFICIÁRIOS ATIVOS, inclusive no que se refere as negociações futuras que venham a ser firmadas entre ESTIPULANTE e a CONTRATADA, em especial, no que tange a preço, faixa etária, fator moderador e outros.

Qualquer alteração na regra do parágrafo anterior poderá ocorrer desde que haja mútuo e expresse acordo entre a ESTIPULANTE e a CONTRATADA, desde que não haja vedação legal.

O período de manutenção da condição de BENEFICIÁRIO demitido ou exonerado sem justa causa será de 1/3 (um terço) do tempo de sua permanência como BENEFICIÁRIO contributivo, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

Ao BENEFICIÁRIO aposentado que tenha contribuído, no mínimo, 10 (dez) anos é assegurado o direito de manutenção, como BENEFICIÁRIO INATIVO, no contrato coletivo firmado pela ESTIPULANTE de forma vitalícia (enquanto o contrato estiver vigente).

Caso o BENEFICIÁRIO aposentado tenha contribuído por período inferior a 10 (dez) anos será assegurado, ao se aposentar, o direito de se manter como BENEFICIÁRIO INATIVO, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição.

O período de manutenção da condição de BENEFICIÁRIO pelo ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado é extensivo a todo o grupo familiar já inscrito quando da rescisão do contrato de trabalho, sendo certo que novas inclusões serão extensivas apenas ao novo cônjuge ou companheiro e/ou filhos.

Em caso de morte do BENEFICIÁRIO TITULAR demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado é assegurada a permanência aos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES desde que já inscritos no contrato, pelo tempo remanescente a que faria jus o BENEFICIÁRIO TITULAR INATIVO.

Não serão praticados preços diferenciados para os BENEFICIÁRIOS demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados, salvo em função dos mesmos se enquadrarem em faixas etárias diferenciadas, ou ainda, em regiões geográficas distintas.

Os direitos assegurados nesta cláusula, conforme disposto no artigo 26 da Resolução Normativa – RN n.º 279, deixarão de existir (i) pelo decurso dos prazos de manutenção do benefício previsto nas Condições Gerais e na Lei n.º 9.656/98; ou (ii) quando da admissão do BENEFICIÁRIO TITULAR demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego; ou ainda (iii) quando da rescisão do contrato entre a ESTIPULANTE e a CONTRATADA, já que a vigência dos benefícios especificados nesta cláusula estará obrigatoriamente condicionada à vigência do contrato entre a ESTIPULANTE e a CONTRATADA. Assim, caso o contrato seja encerrado, serão automaticamente cancelados os benefícios previstos nos artigos 30 e 31 da Lei n.º 9.656/98.

Na hipótese de encerramento do contrato firmado entre a ESTIPULANTE e a CONTRATADA, e caso a ESTIPULANTE não contrate plano de saúde junto a outra Operadora, a CONTRATADA deverá disponibilizar plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar, aos BENEFICIÁRIOS, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Neste caso, a ESTIPULANTE deverá informar ao BENEFICIÁRIO TITULAR (ativos, inativos ou dependentes de inativo em caso de morte do titular), em tempo hábil, sobre o cancelamento do benefício, de forma que o mesmo possa optar pela contratação de um plano individual ou familiar, sem carências, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data de encerramento do contrato.

Caso a ESTIPULANTE contrate plano de saúde junto a outra Operadora, deverá incluir no novo contrato todos os beneficiários que anteriormente figuravam no contrato firmado com a CONTRATADA, inclusive os beneficiários demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, uma vez que a concessão de tais benefícios é decorrente do vínculo empregatício ou estatutário e, portanto, de responsabilidade única e exclusiva da ESTIPULANTE.

21 - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

A ESTIPULANTE será responsável por solicitar a exclusão ou suspensão de BENEFICIÁRIOS no contrato, nos seguintes casos:

- a) Prática de fraude comprovada;
- b) Morte;

- b) Recusa de efetuar exames ou diligências necessárias a resguardar os direitos do Grupo Beneficiado ou da CONTRATADA;
- c) Cessação do vínculo entre o BENEFICIÁRIO TITULAR e a ESTIPULANTE;
- d) Rescisão do contrato;
- e) Quando o DEPENDENTE perder a condição de BENEFICIÁRIO DEPENDENTE,

Quando da cessação do vínculo entre o BENEFICIÁRIO TITULAR e a ESTIPULANTE, esta ao solicitar a exclusão do ex-empregado deverá fornecer à CONTRATADA as seguintes informações:

- I) Se o beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- II) Se o beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa é aposentado que continua trabalhando na ESTIPULANTE mesmo após a sua aposentadoria;
- III) Se o beneficiário contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;
- IV) Por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde; e
- V) Se o ex-empregado optou pela manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

Tratando-se de exclusão de BENEFICIÁRIO CONTRIBUTÁRIO, decorrente de demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria, as informações dos itens “II” ao “V” deverão ser prestadas através de “DECLARAÇÃO EXPRESSA”, inclusive quando o pedido de exclusão se der pelo canal web, ou qualquer outra forma de comunicação, sendo certo que citada declaração deverá seguir o mesmo formato do modelo disponibilizado no site da Golden Cross, no Canal Cliente, através do link Condições Gerais, a qual faz parte destas Condições Gerais, devendo a mesma ser arquivada pela ESTIPULANTE, pelo prazo de 5 (cinco) anos, e entregue à CONTRATADA sempre que solicitada.

A ESTIPULANTE deverá sempre que solicitado pela CONTRATANTE, no prazo máximo e improrrogável de 48 (quarenta e oito) horas, fornecer todas as informações e documentos pertinentes, relativos às solicitações de exclusão dos BENEFICIÁRIOS TITULARES e seu(s) DEPENDENTES do contrato.

A ESTIPULANTE assumirá a responsabilidade por eventuais penalidades a que a CONTRATADA seja submetida, inclusive ressarcindo-a financeiramente, em razão de medidas judiciais e/ou demandas administrativas promovidas por ex-empregados que aleguem prejuízo a seus direitos relativos aos artigos 30 e 31 da Lei n.º 9.656/98 em consequência de informações incorretas prestadas pela ESTIPULANTE à CONTRATADA.

A CONTRATADA poderá, em caso de fraude, excluir ou suspender a assistência à saúde dos BENEFICIÁRIOS, independente de anuência da ESTIPULANTE.

A ESTIPULANTE obriga-se à devolução de toda a documentação de identificação destinada ao uso do plano pertencente ao(s) BENEFICIÁRIO(s) excluído(s), ficando a CONTRATADA, desde já, autorizada a cobrar todos os valores correspondentes ao uso indevido dessa documentação.

22 – RESCISÃO/SUSPENSÃO

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

Na hipótese de descumprimento pela ESTIPULANTE do prazo mínimo de vigência do contrato previsto no parágrafo acima, esta obriga-se a pagar à CONTRATADA o valor equivalente à soma das mensalidades vincendas, toma-se como base o valor correspondente a média das 3 (três) últimas mensalidades faturadas pela GOLDEN CROSS em face da ESTIPULANTE, ou de todas as mensalidades faturadas na hipótese do referido descumprimento ocorrer antes do 3º (terceiro) mês de vigência contratual.

Constituirá causa para rescisão motivada e automática do contrato a não aceitação pela ESTIPULANTE do índice de reajuste proposto pela GOLDEN CROSS na data de aniversário do contrato, desde que este esteja em conformidade com as regras CONTRATADAS.

O atraso no pagamento da mensalidade, pela ESTIPULANTE, por um período superior a 15 (quinze) dias, implica na suspensão do direito do(s) BENEFICIÁRIO(S) TITULAR(ES) e de seus DEPENDENTES a qualquer cobertura.

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

- a) Prática de fraude comprovada;

- b) Inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias cumulativos, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que a ESTIPULANTE seja previamente notificada;
- c) Extinção, dissolução, liquidação judicial ou extrajudicial, recuperação judicial ou extrajudicial, ou falência da ESTIPULANTE;
- d) Redução do número mínimo de BENEFICIÁRIOS nos 12(doze) primeiros meses iniciais de vigência para manutenção do contrato;
- e) Não aceitação pela ESTIPULANTE do índice de reajuste proposto pela CONTRATADA na data de aniversário do contrato.

O atraso no pagamento da mensalidade, pelo BENEFICIÁRIO INATIVO (ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados), por um período superior a 15 (quinze) dias, implica na suspensão do seu direito, bem como dos seus respectivos DEPENDENTES a qualquer cobertura do contrato. A inadimplência, do BENEFICIÁRIO INATIVO, por período superior a 60 (sessenta) dias cumulativos, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que a previamente notificado, implica na sua exclusão e dos seus respectivos DEPENDENTES;

Constitui, ainda, motivo de rescisão contratual pela CONTRATADA, nos 12 (doze) primeiros meses iniciais de vigência do contrato, a alteração significativa do número de BENEFICIÁRIOS incluídos no contrato de forma que o GRUPO BENEFICIADO deixe de possuir 30 (trinta) vidas ou mais para possuir 29 (vinte e nove) vidas ou menos, ou ainda, deixe de possuir 29 (vinte e nove) vidas ou menos para possuir 30 (trinta) vidas ou mais.

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

Caso a ESTIPULANTE contrate plano de saúde junto a outra Operadora, deverá incluir no novo contrato todos os beneficiários que anteriormente figuravam no contrato firmado com a CONTRATADA.

Na hipótese de encerramento do contrato principal, e caso a ESTIPULANTE não contrate plano de saúde junto a outra Operadora, a CONTRATADA deverá disponibilizar plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar, aos BENEFICIÁRIOS, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência.

Neste caso, a ESTIPULANTE deverá informar ao BENEFICIÁRIO TITULAR, em tempo hábil, sobre o cancelamento do benefício, de forma que o mesmo, interessado em contratar plano na modalidade individual ou familiar, sem cumprimento de novos prazos de carência, visando usufruir do benefício previsto na CONSU n.º 19 da Agência Nacional de Saúde Suplementar, possa optar pela contratação no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do presente contrato.

É de responsabilidade da ESTIPULANTE, no caso de exclusão de BENEFICIÁRIOS, assim como no caso de cancelamento deste contrato, recolher e devolver as respectivas carteiras de identificação, de propriedade da CONTRATADA, bem como qualquer documento análogo, respondendo, como fiel depositário, em caso de uso indevido.

23 - DISPOSIÇÕES GERAIS

Na hipótese de a CONTRATADA indenizar os BENEFICIÁRIOS por qualquer ato de terceiro que, por ação, omissão, imperícia, dolo ou culpa, tenha-lhe causado dano, ficará a CONTRATADA sub-rogada em todos os direitos deste, a fim de se ressarcir dos valores pagos em reparação do dano.

Qualquer concessão praticada pela CONTRATADA no tocante às coberturas de assistência médico-hospitalar oferecidas pelo presente contrato não se constituirá em novação, bem como não caracterizará qualquer direito adquirido pelo BENEFICIÁRIO.

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

São documentos do presente contrato: a Proposta Comercial, seus anexos, os recibos, as declarações disponibilizadas no canal web, bem como as carteiras de identificação.

Não se admitirá a presunção de que as partes possam ter conhecimento de circunstâncias que não constem expressamente das Condições Gerais do contrato ou de quaisquer outros documentos que dele sejam parte integrante e complementar.

A CONTRATADA admitirá, atendendo a solicitação da ESTIPULANTE, a transferência do BENEFICIÁRIO TITULAR juntamente com seus respectivos DEPENDENTES, para distintas categorias de planos de acordo com as regras abaixo especificadas:

A CONTRATADA admitirá a transferência de uma categoria de plano de custo menor para outra de custo maior, no aniversário do contrato, desde que o BENEFICIÁRIO TITULAR e seus respectivos DEPENDENTES não estejam internados, permaneçam nesta nova categoria pelo período mínimo de 12 (doze) meses e que cumpram os prazos de carências, inerentes às novas coberturas adquiridas em decorrência da referida transferência.

Os prazos de carência a serem cumpridos serão contados a partir da data da transferência.

Para o processamento das transferências, citadas anteriormente, a ESTIPULANTE deverá enviar a documentação em até 30 (trinta) dias antes do aniversário do contrato.

Os reembolsos nos casos de urgência, durante o cumprimento das carências para as novas coberturas, permanecerão de acordo com a categoria de plano anteriormente contratada.

A portabilidade especial de carências para plano de saúde individual ou familiar ou coletivo por adesão, de outra operadora, deverá ser requerida pelo BENEFICIÁRIO TITULAR ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado no período compreendido entre o primeiro dia do mês de aniversário do contrato e o último dia útil do terceiro mês subsequente ou no prazo de 60 (sessenta) dias antes do término do período de manutenção da condição de beneficiário.

Fica a ESTIPULANTE obrigada a comunicar ao BENEFICIÁRIO TITULAR ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, com antecedência mínima de 30 dias, a data inicial e final do período para requisição da portabilidade especial.

A ESTIPULANTE se compromete a distribuir o respectivo Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde e o Guia de Leitura Contratual para os BENEFICIÁRIOS que forem incluídos no contrato.

O presente contrato obriga as partes por si, seus herdeiros e sucessores.

24 - DEFINIÇÕES

Para os efeitos deste contrato, ficam estabelecidas as seguintes definições:

Acidente Pessoal:

É todo evento, com data e ocorrência perfeitamente caracterizadas, exclusiva e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

Agravo:

É o acréscimo financeiro no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o BENEFICIÁRIO tenha direito integral à cobertura CONTRATADA, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o BENEFICIÁRIO.

Aniversário:

É a data do término do prazo de vigência do contrato ou de cada renovação deste.

Beneficiário:

É a pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de assistência à saúde para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica.

Beneficiário Titular:

É a pessoa física que faz parte do Grupo Beneficiado, em decorrência de vínculo empregatício ou estatutário com a ESTIPULANTE.

Beneficiário Dependente:

É a pessoa física efetivamente incluída neste contrato, pelo BENEFICIÁRIO TITULAR, e assim definida: a cônjuge ou companheiro(a), filhos(as) naturais ou adotivos solteiros(as) até 21 anos incompletos ou filhos(as) até 24 anos, comprovadamente estudantes universitários ou cursando escola técnica de 2º grau.

Beneficiário Inativo:

É o ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado que optou pela sua manutenção na condição de BENEFICIÁRIO do plano contratado pela ESTIPULANTE.

Beneficiário Contributário:

É o BENEFICIÁRIO TITULAR que contribui para custear parte ou integralidade da mensalidade de seu plano privado de assistência à saúde oferecido pela ESTIPULANTE em decorrência de vínculo empregatício ou estatutário.

Beneficiário Não Contributário:

É o BENEFICIÁRIO TITULAR que não contribui para custear parte ou integralidade da mensalidade de seu plano privado de assistência à saúde oferecido pela ESTIPULANTE em decorrência de vínculo empregatício ou estatutário, recaindo o ônus do custeio totalmente sobre a ESTIPULANTE.

Carência:

É o período de tempo, corrido e ininterrupto, contado da data de adesão ao contrato, durante o qual o BENEFICIÁRIO, mesmo com o pagamento da mensalidade pela ESTIPULANTE, não tem direito a determinadas coberturas e/ou procedimentos.

Cirurgia Eletiva:

É o procedimento cirúrgico constante do Rol de Procedimentos instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS a ser realizado em data de escolha do BENEFICIÁRIO ou de seu médico, desde que a referida data não comprometa a eficácia do tratamento.

Cobertura Assistencial:

É a denominação dada ao conjunto de direitos (tratamentos, serviços, procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos) organizada por segmentação a que o consumidor tem direito previsto na legislação de saúde suplementar e no contrato firmado com a operadora

Cobertura Parcial Temporária:

É a suspensão por período ininterrupto de até 24 meses, à partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta

tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo BENEFICIÁRIO

Condições Gerais:

É o conjunto de cláusulas contratuais que estabelece obrigações e direitos, tanto para a CONTRATADA, quanto para a ESTIPULANTE e o BENEFICIÁRIO.

Contratada:

É a Golden Cross Assistência Internacional de Saúde Ltda., que assume todos os riscos inerentes às coberturas de despesas ambulatoriais, hospitalares e obstétricas, nos termos e limites destas Condições Gerais.

Contrato Agregado ao Agrupamento:

Contrato que integra o agrupamento de contratos por conter, na data de apuração da quantidade de beneficiários, até 29 (vinte e nove) beneficiários;

Emergência:

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

Entrevista Qualificada:

É a entrevista na qual ocorre o preenchimento de um formulário de Declaração de Saúde, elaborado pela CONTRATADA, no qual o BENEFICIÁRIO ou seu representante legal relaciona, se for o caso, toda(s) a(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) sobre a(s) qual(is) tenha prévio conhecimento, tanto em relação a ele próprio, quanto a todos os DEPENDENTES integrantes da Proposta de Admissão. O BENEFICIÁRIO ou seu representante legal poderá utilizar-se de um médico orientador da Rede Referenciada ou, ainda, de um médico de sua preferência, desde que, por este último, assumo o ônus da entrevista.

Estipulante:

É a pessoa jurídica que contrata este plano, ficando investida dos poderes de representação dos BENEFICIÁRIOS perante a CONTRATADA, sendo responsável por todas as comunicações, avisos e esclarecimentos sobre as Condições Gerais inerentes a este contrato.

Evento Coberto:

É o conjunto de ocorrências, identificadas após o início de vigência do contrato, que, por si só, implique na necessidade de utilização de um ou mais procedimentos previstos contratualmente, respeitados os devidos prazos de carência.

Ex Beneficiário:

É aquele que já participou do plano na condição de beneficiário.

Ficha Cadastral:

É o documento pelo qual a ESTIPULANTE informa à CONTRATADA os dados pessoais do BENEFICIÁRIO TITULAR e de seus DEPENDENTES.

Grupo Beneficiado:

É o conjunto de pessoas que podem ser aceitas no contrato, vinculadas diretamente à ESTIPULANTE ou, no caso dos DEPENDENTES, por intermédio do BENEFICIÁRIO TITULAR, em razão de vínculo empregatício ou relação estatutária, comprovados em documentação oficial. Poderão, ainda, integrar o Grupo Beneficiado, os aposentados e demitidos que estejam usufruindo os benefícios previstos na legislação em vigor, sendo certo que a concessão de tais benefícios é decorrente do vínculo empregatício e, portanto, de responsabilidade única e exclusiva da ESTIPULANTE, devendo esta, na hipótese de cancelamento do contrato, se responsabilizar pela continuidade na concessão de tais benefícios.

Início de Vigência:

É a data acordada entre as partes para início do contrato.

Internação Hospitalar:

De acordo com o Anexo 14 do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, tendo como referência a RDC ANVISA nº50/2002, a internação hospitalar é a admissão de um paciente para ocupar um leito hospitalar, por um período igual ou maior que 24 horas;

Leito de Alta Tecnologia:

É a acomodação destinada ao tratamento intensivo e especializado, em Unidades ou Centros de Terapia Intensiva, Semi-intensiva, Coronariana, Pediátrica ou Neonatal, Unidades de Isolamento, Terapia Respiratória e Terapia de Pacientes Queimados.

Limitações de Cobertura:

São as quantidades máximas de dias ou de serviços, previstos contratualmente, estipuladas em conformidade com os procedimentos estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Médico Orientador:

Profissional médico disponibilizado pela CONTRATADA ou escolhido pelo BENEFICIÁRIO para auxiliar no preenchimento da Declaração de Saúde constante da Ficha Cadastral, na ocasião da Entrevista Qualificada.

Mensalidade:

É a importância paga pela ESTIPULANTE à CONTRATADA, na periodicidade prevista no contrato, em contrapartida às coberturas oferecidas.

Parto a Termo:

É aquele que ocorre entre a 38ª. (trigésima oitava) e a 42ª. (quadragésima segunda) semana de gestação.

Procedimento de Alta Complexidade:

É aquele que requer estrutura hospitalar e serviços de alto grau de especialização, relacionado no Índice de Procedimentos de Alta Complexidade que compõe o Rol de Procedimentos Médicos instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente na data da realização do evento.

Programas especiais de atendimento:

são ações desenvolvidas pela Golden Cross através de programas de indicação de profissionais especialistas ou estabelecimento de saúde (hospitais, clínicas ou laboratórios) preparados para o acompanhamento e tratamento de patologias.

Procedimento Estético:

É todo procedimento clínico/cirúrgico que não vise à recuperação funcional de um órgão e/ou sistema.

Proponente:

É a pessoa jurídica que apresenta à Operadora proposta com a intenção de contratar o plano de saúde.

Proposta de Contrato Coletivo:

É o documento no qual a Proponente apresenta sua pretensão em contratar coberturas de despesas ambulatoriais, hospitalares e obstétricas a serem garantidas pela CONTRATADA.

Reajuste Financeiro:

É a atualização do valor da mensalidade em função da variação dos custos médicos e hospitalares, despesas comerciais, administrativas e gerais da CONTRATADA, no período de 12 (doze) meses.

Reajuste Técnico:

É a revisão do valor da mensalidade decorrente de alteração na taxa de utilização do contrato.

Rede Referenciada:

É a rede de prestadores de serviços, pessoas físicas e jurídicas, destinados a atender os eventos cobertos por este contrato, na medida de suas especialidades, recebendo por tais serviços, diretamente da CONTRATADA, em nome, e por conta e ordem dos serviços prestados ao(s) BENEFICIÁRIO(S).

Reembolso:

É a importância máxima, de responsabilidade da CONTRATADA, para fins de restituição dos valores pagos pelo BENEFICIÁRIO diretamente ao prestador de serviços, respeitados os limites estabelecidos nestas Condições Gerais, desde que o procedimento tenha sido realizado em caráter de urgência ou emergência comprovada, quando verificada a impossibilidade de utilização da Rede Referenciada da CONTRATADA ou em caso do contrato contemplar acesso à livre escolha de prestadores.

Segmentação Assistencial:

É o tipo de cobertura CONTRATADA no plano de assistência à saúde .

Tabela Básica de Procedimentos Médico-Hospitalares Golden Cross:

É a relação de procedimentos médico-hospitalares, valorados em quantidades de Unidades de Serviço Golden Cross – USGC, vigente à época do evento, para efeito de cálculo do pagamento das respectivas coberturas e reembolsos, devidamente registrada em Cartório de Registro de Títulos e Documentos da Cidade do Rio de Janeiro, para atender ao plano contratado.

Unidade de Serviço Golden Cross – USGC:

É o valor, expresso em moeda corrente do país, vigente à época do evento, que servirá de base de cálculo para pagamento das coberturas previstas neste contrato, bem como para os limites de reembolso dos serviços médico-hospitalares prestados ao(s) BENEFICIÁRIO(S).

Urgência:

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

25 - ELEIÇÃO DE FORO

Fica eleito, para dirimir as eventuais questões decorrentes deste contrato, o foro do domicílio do BENEFICIÁRIO e/ou da ESTIPULANTE.



Serviço de Assistência 24 horas
- Cobertura ao Contrato

 **Golden Cross**
Empresas

CONDIÇÕES GERAIS

A partir de 30 Beneficiários

COBERTURA AO CONTRATO COLETIVO DE COBERTURA DE DESPESAS AMBULATORIAIS/HOSPITALARES E OBSTÉTRICAS, ENTRE A GOLDEN CROSS ASSISTÊNCIA INTERNACIONAL DE SAÚDE LTDA. E O ESTIPULANTE PARA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA 24 HORAS EM VIAGEM, NA FORMA ABAIXO.

A ASSIST-CARD é uma organização internacional de assistência ao viajante, cujo objetivo é proporcionar, entre outros, serviços de assistência médica, jurídica e pessoal em situações de emergência no transcorrer de uma viagem.

Fica expressamente consignado e aceito pelo Titular que os cartões ASSIST-CARD não constituem um seguro médico nem uma extensão de programas de seguro social, nem medicina pré-paga, estando orientadas exclusivamente à assistência em viagem para eventos súbitos e imprevistos, que impeçam a continuação normal da mesma. A descrição dos serviços abaixo se aplica tanto aos produtos nacionais, quanto internacionais, conforme coberturas informadas.

Os serviços serão prestados desde que o Cliente se encontre a uma distância mínima de 50 km (cinquenta quilômetros) de sua residência permanente e que a estada fora de sua residência habitual não seja superior a 60 (sessenta) dias.

A Assistência 24 horas em viagem é válida enquanto estiver em vigência a parceria entre a Golden Cross e a empresa gestora do benefício.

CENTRAIS DE ATENDIMENTO DA PRESTADORA

Toda vez que o Cliente necessitar acionar os serviços de Assistência 24h em viagem, deverá acionar as Centrais de Atendimento da Prestadora de Serviços pelos telefones:

• No Brasil:

0800-702-5378

• No exterior:

55-11-3191-8700

Solicitar à telefonista local chamada a cobrar.

SERVIÇOS ASSIST-CARD:

1. ASSISTÊNCIA MÉDICA:

A ASSIST-CARD põe a disposição do Titular sua rede mundial de Centrais de Atendimento. O titular deverá se comunicar por telefone com uma central ASSIST-CARD em todos os casos de enfermidade, acidente ou emergência para o qual necessite assistência. A ASSIST-CARD oferecerá ao Titular as condições para sua atenção oportuna, seja enviando um profissional em cada caso ou autorizando a atenção em qualquer um dos Centros Assistenciais ou hospitais disponíveis na área de ocorrência do evento cuja assistência seja solicitada. O Titular é obrigado a avisar a ASSIST-CARD tantas vezes quanto as assistências forem necessárias. A partir da primeira assistência ou serviço prestado, o Titular deverá sempre se comunicar com a ASSIST-CARD para obter a autorização de novas assistências ou serviços originados da mesma causa que o primeiro evento.

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

Os serviços de assistência médica acima citados incluem:

Consultas médicas:

Será dada assistência médica em caso de acidente ou «enfermidade aguda e imprevista». Ocorrendo uma enfermidade ou lesão que impossibilite a continuação normal da viagem do Titular, este poderá utilizar sem nenhum encargo os serviços dos profissionais e/ou estabelecimentos médicos que, no caso, sejam indicados e/ou autorizados pela ASSIST-CARD. As enfermidades benignas e feridas leves que não impossibilitem a continuação normal da viagem, não terão esta assistência, mas o Titular poderá solicitar o reembolso de gastos efetuados por este motivo, caso estejam de acordo com as presentes Instruções de utilização dos serviços ASSIST-CARD e das Condições Gerais dos serviços ASSIST-CARD. Os serviços de assistência médica a serem oferecidos pela ASSIST-CARD limitam-se ao tratamento de emergência dos sintomas agudos que impeçam a continuação da viagem. A menos que esteja explicitamente esclarecido dentro das características do produto ASSIST-CARD adquirido, todas as afecções crônicas ou preexistentes ou

congenitas ou recorrentes, conhecidas ou não pelo Titular, serão expressamente excluídas, assim como suas consequências e/ou complicações, ainda que estas consequências e/ou complicações apareçam pela primeira vez durante a viagem.

NOTA: em alguns países, e principalmente nos Estados Unidos da América, por razões de padronização eletrônica, alguns Centros Médicos podem enviar avisos para pagamento aos pacientes atendidos, inclusive mesmo depois de saldadas as contas. Caso isto ocorra, entre em contato com o escritório da ASSIST-CARD no país onde adquiriu seu Cartão para informar esta situação.

Atenção de especialistas

Será prestada assistência médica por especialistas quando for indicada ou pedida pela equipe médica de emergência e autorizada previamente pela Central ASSIST-CARD correspondente.

Exames médicos complementares:

Serão realizados exames complementares quando forem indicados pela equipe médica de urgência e autorizados pela Central ASSIST-CARD correspondente.

Terapia de recuperação física em caso de traumatismo:

Se o Departamento Médico da ASSIST-CARD autorizar e sendo prescrito pelo médico responsável pelo tratamento, a ASSIST-CARD se responsabilizará por até 10 (dez) sessões de fisioterapia, cinesioterapia, etc.

Medicamentos:

A ASSIST-CARD ficará responsável pelos gastos com medicamentos receitados por sua equipe médica para a afecção ocorrida para a assistência ao Titular, durante a vigência do cartão e até os limites indicados em seu voucher.

Odontologia de urgência:

A ASSIST-CARD se responsabilizará pelos gastos por atendimento odontológico de urgência em casos de infecção ou trauma. O atendimento odontológico estará limitado apenas ao tratamento da dor e/ou extração da peça dentária.

Hospitalizações:

Quando a equipe médica da ASSIST-CARD assim prescrever, será feita a hospitalização do Titular no Centro

Assistencial mais próximo e adequado a critério exclusivo do Departamento Médico da ASSIST-CARD. Tal hospitalização será responsabilidade da ASSIST-CARD durante todo o período de vigência do cartão, mais 7 (sete) dias complementares a contar do momento de finalização da vigência do produto contratado. Os dias complementares compreenderão única e exclusivamente gastos de hotelaria hospitalar.

Intervenções cirúrgicas:

Serão realizadas intervenções cirúrgicas no Titular nos casos de emergência que necessitem urgentemente deste tratamento e exclusivamente quando o Departamento Médico e a central ASSIST-CARD correspondente autorizarem.

Terapia intensiva e unidade coronária:

Quando a natureza da enfermidade ou lesões do Titular assim exigirem, o mesmo será submetido a tratamentos de terapia intensiva e unidade coronária. Em todos os casos haverá autorização do Departamento Médico da ASSIST-CARD, como requisito indispensável para que a ASSIST-CARD assuma a responsabilidade econômica por tais tratamentos.

Exclusão de doenças preexistentes e doenças crônicas:

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

2. TRASLADOS SANITÁRIOS

Em casos de emergência, a ASSIST-CARD organizará o traslado ao centro assistencial mais próximo para que o titular ferido ou enfermo receba atendimento médico. Quando o Departamento Médico da ASSIST-CARD recomendar o traslado para outro centro assistencial mais adequado, proceder-se-á à organização do mesmo, conforme as possibilidades do caso, nas condições e meios autorizados pela central ASSIST-CARD interveniente e exclusivamente dentro dos limites territoriais do país onde tenha ocorrido o evento. O Traslado será realizado em carro, ambulância, ambulância UTI ou transporte aéreo, conforme necessidade de cada titular, com acompanhamento médico ou de enfermeira se corresponder.

NOTA: Somente razões de índole médica, avaliadas e com autorização prévia do Departamento Médico da

ASSIST-CARD serão levadas em conta para decidir a procedência e/ou urgência do traslado do Titular. Se o Titular e/ou seus familiares decidirem efetuar o traslado, deixando de lado a opinião do Departamento Médico da ASSIST-CARD, nenhuma responsabilidade recairá sobre a ASSIST-CARD por referida atitude, sendo o traslado, seu custo e suas consequências arcados somente por conta e risco do Titular e/ou seus familiares.

3. REPATRIAÇÃO MÉDICA

A repatriação médica do Titular se dará somente quando o Departamento Médico da ASSIST-CARD considerar necessário e exclusivamente como consequência de um acidente grave. A repatriação do Titular ferido até o país de sua residência será realizada em avião de linha aérea regular, com acompanhamento médico ou de enfermeira se corresponder, sujeito à disponibilidade de assento. Esta repatriação deverá ser expressamente autorizada e coordenada pela central ASSIST-CARD interveniente. Se o Titular e/ou seus familiares decidirem realizar uma repatriação médica deixando de lado a opinião do Departamento Médico da ASSIST-CARD, nenhuma responsabilidade recairá sobre ASSIST-CARD por dita atitude, sendo a repatriação, seu custo e suas consequências apenas por conta e risco do Titular e/ou seus familiares. As repatriações médicas como consequência de enfermidades, sejam estas de qualquer tipo, estão expressamente excluídas da responsabilidade da ASSIST-CARD.

4. ACOMPANHAMENTO DE MENORES

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

5. TRASLADO DE UM FAMILIAR

No caso do Titular viajando sozinho se encontre hospitalizado no exterior, com autorização do Departamento Médico da ASSIST-CARD e sempre e quando a hospitalização prevista para o Titular for superior a 10 (dez) dias, a ASSIST-CARD se encarregará do custo do traslado de um familiar, mediante a compra de um bilhete aéreo em classe econômica, sujeito à disponibilidade de lugar, para que este acompanhe o Titular durante tal período de hospitalização. Este benefício será outorgado somente à medida que todo o período de internação previsto esteja compreendido dentro da vigência do Cartão ASSIST-CARD mais 7 (sete) dias

complementares.

6. ESTADIA DE UM FAMILIAR

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

7. DIFERENÇA DE TARIFA POR VIAGEM DE RETORNO ADIADA OU ANTECIPADA

Havendo a necessidade do titular antecipar o retorno ao seu país de residência habitual, seja porque (i) sofreu acidente ou foi acometido de alguma enfermidade, ou; (ii) em razão de falecimento de pai, cônjuge, filho/a ou irmão/ a, a ASSIST-CARD, mediante prévia autorização de sua parte e comprovação de tais fatos pelo titular, assumirá o pagamento da penalidade, diferença de tarifa ou o custo de uma nova passagem em classe econômica do lugar em que o Titular se encontra até seu domicílio. O evento causador desta assistência deverá ser comprovado mediante a denúncia policial correspondente. Quando se tenha utilizado este serviço, o titular deverá transferir à ASSIST-CARD o cupom não utilizado do bilhete aéreo original ou seu contra valor.

8. GASTOS DE HOTEL POR CONVALESCENÇA

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

9. REEMBOLSO DE GASTOS POR ATRASO OU CANCELAMENTO DE VOO

Se o vôo do Titular atrasar por mais de 6 (seis) horas consecutivas da hora programada de partida do vôo original, e sempre e quando não tenha nenhuma outra alternativa de transporte durante essas 6 (seis) horas, a ASSISTCARD reembolsará até os limites indicados a seguir, por conceito de gastos de hotel, alimentação, táxi e comunicações realizados durante o período de demora, e até o limite indicado em seu voucher. A ASSIST-CARD reembolsará somente estes gastos contra apresentação de comprovantes originais que provem irrefutavelmente os gastos feitos pelo titular, e um documento da empresa aérea certificando a demora ou cancelamento sofrido. Para gozar deste reembolso, o Titular deverá contatar a central ASSIST-CARD mais

próxima antes de deixar o aeroporto onde ocorreu o fato.

10. TRANSMISSÃO DE MENSAGENS URGENTES

A ASSIST-CARD será encarregada de transmitir as mensagens urgentes e justificadas, relativas a qualquer um dos eventos objetos das prestações contempladas nas Condições Gerais dos Serviços ASSIST-CARD.

11. ASSISTÊNCIA EM CASO DE ROUBO OU EXTRAVIO DE DOCUMENTOS, ETC.

A ASSIST-CARD dará assessoria ao Titular sobre os procedimentos a serem seguidos no local, no caso de terem sido roubados ou extraviados seus documentos pessoais, bilhetes aéreos e/ou cartões de crédito. Tal assessoria não compreenderá, em nenhum caso, a realização de trâmites pessoais que o Titular deva realizar em razão do roubo e/ou extravio ocorrido. ASSIST-CARD não se responsabilizará por gastos ou custos ligados à substituição de documentos pessoais, bilhetes aéreos, cartões de crédito roubados ou extraviados.

12. RETORNO ANTECIPADO POR SINISTRO GRAVE NA RESIDÊNCIA

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

13. REPATRIAÇÃO FUNERÁRIA

Em caso de falecimento do Titular, a ASSIST-CARD providenciará a repatriação funerária e arcará com as despesas necessárias:

- 1) do custo do caixão necessário para o transporte.
- 2) dos trâmites administrativos.
- 3) do transporte até o aeroporto de retorno ao país de residência permanente do Titular, pelo meio que a ASSIST-CARD considerar mais conveniente. Além do retorno do corpo ao país de residência do beneficiário, sempre que não for possível a utilização do meio de transporte inicial da viagem, ou, ainda, quando este meio não os conduzir em tempo hábil, a ASSIST CARD realizará o transporte ou

repatriamento dos acompanhantes clientes até suas residências ou até o local de inumação.

NOTA: As despesas de caixão definitivo, os trâmites funerários e os traslados dentro do país de residência e enterro do Titular falecido não serão em nenhum caso por conta da ASSIST-CARD. O serviço de repatriação de restos será feito apenas se a ASSIST-CARD for solicitada imediatamente após o falecimento. A ASSIST-CARD exime-se e não será responsável pelo traslado dos restos, nem efetuará reembolso algum por este conceito, caso empresas funerárias ou outros terceiros intervenham antes da ASSIST-CARD ou sem sua autorização expressa. A ASSIST-CARD não se responsabilizará pela repatriação de restos mortais nem pelas despesas incorridas no caso de morte causada por: a) Narcóticos ou estupefacientes b) Suicídio c) Caso o falecimento tenha ocorrido em consequência de enfermidade preexistente sofrida pelo Titular, sendo o motivo da viagem o tratamento da mesma.

14. LOCALIZAÇÃO DE BAGAGENS

A ASSIST-CARD assistirá o Titular no exterior com todos os meios a seu alcance para localizar bagagens extraviadas que tenham sido despachadas no depósito do mesmo voo internacional no qual viaja o Titular do cartão ASSIST-CARD.

15. ASSISTÊNCIA LEGAL

No caso de ser imputado ao Titular uma responsabilidade em um acidente em um país onde a ASSIST-CARD oferece assistência, a mesma colocará à disposição do Titular um advogado para que se encarregue de sua defesa civil ou criminal. Se o Titular precisar de assistência jurídica para ajuizar reclamações ou demandas contra terceiros por danos ou outra compensação em conexão com acidentes, esta colocará um advogado à disposição do Titular para tal fim.

16. ANTECIPAÇÃO DE FUNDOS PARA FIANÇAS

Se o Titular for detido por com o motivo de que lhe seja imputada responsabilidade criminal em um acidente, poderá recorrer à ASSIST-CARD para obter um empréstimo a fim de pagar a fiança exigida para obter sua liberdade condicional. A concessão do empréstimo ao Titular nestas circunstâncias estará sujeita às condições estabelecidas pela ASSIST-CARD em cada caso e que o Titular deverá aceitar.

17. ANTECIPAÇÃO DE GASTOS MÉDICOS

Nos casos em que os gastos de hospitalização, intervenções cirúrgicas, honorários médicos, odontológicos e

produtos farmacêuticos, excederem o limite previsto no item anterior, o Titular, poderá recorrer à ASSIST-CARD para obter um empréstimo a fim de pagar as despesas. A concessão do empréstimo ao Titular nestas circunstâncias estará sujeita às condições estabelecidas pela ASSIST-CARD em cada caso e que o Titular deverá aceitar.

18. ANTECIPAÇÃO DE FUNDOS EM CASO DE PERDA OU ROUBO DE DINHEIRO

Em caso de perda ou roubo ou extravio de dinheiro, desde que devidamente comprovados através de denúncia às autoridades competentes, o Titular poderá recorrer à ASSIST-CARD para obter um empréstimo. A concessão do empréstimo ao Titular nestas circunstâncias estará sujeita às condições estabelecidas pela ASSIST-CARD em cada caso e que o Titular deverá aceitar.

19. EXTRAÍO DE BAGAGEM

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

O Titular terá o direito de receber até o montante máximo indicado em seu voucher em conjunto por compensação e/ou indenização, independentemente da quantidade de eventos (demora ou perda) que possam ter ocorrido durante a vigência de seu cartão ASSIST-CARD, inclusive se o mesmo for de validade anual.

IMPORTANTE: Não será considerado o valor real da bagagem extraviado.

A indenização ao Titular será suplementar ou complementar ao valor pago pela companhia aérea conforme indicado no voucher correspondente ao produto ASSIST-CARD adquirido. Se a constatação ou o extravio da bagagem ocorrer no voo de regresso ao país emissor e/ou de residência habitual do Titular, não se será feita à compensação pela demora na localização da bagagem.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

- a) Formulário P.I.R. (Property Irregularity Report).
- b) Passaporte, voucher ASSIST-CARD com comprovante de Cobertura, passagens aéreas.
- c) Comprovantes originais dos gastos efetuados (para a compensação de gastos por demora na localização da bagagem).

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

OUTRAS CONDIÇÕES

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

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

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

REQUISITOS PARA OBTER AS COMPENSAÇÕES E/OU INDENIZAÇÕES

Que a falta da bagagem tenha sido informada de imediato à companhia aérea antes de abandonar o recinto de entregas obtendo o Titular prova por escrito de tal falta, mediante o formulário P.I.R. (Property Irregularity Report).

Que a falta de localização da bagagem tenha sido informada pelo Titular a ASSIST-CARD antes de abandonar o aeroporto em que se constatou tal falta.

Que a companhia aérea tenha assumido a responsabilidade pela perda da mencionada bagagem e tenha pago ao Titular a indenização correspondente prevista pela companhia aérea. O Titular deverá provar a aceitação de responsabilidade da companhia aérea mediante a apresentação de comprovantes válidos.



Remissão por Morte do Beneficiário Principal
- Cobertura ao Contrato

 **Golden Cross**
Empresas

CONDIÇÕES GERAIS

A partir de 30 Beneficiários

COBERTURA AO CONTRATO COLETIVO DE COBERTURA DE DESPESAS AMBULATORIAIS/ HOSPITALARES E OBSTÉTRICAS, ENTRE A GOLDEN CROSS ASSISTÊNCIA INTERNACIONAL DE SAÚDE LTDA. E O ESTIPULANTE PARA COBERTURA TEMPORÁRIA DE REMISSÃO POR MORTE DO BENEFICIÁRIO PRINCIPAL, NA FORMA ABAIXO.

1 – Objeto

Cláusula primeira - Os BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES (cônjuge, companheiro/companheira, filhos naturais ou adotivos com até 21 anos incompletos ou filhos solteiros com até 24 anos e comprovadamente estudantes de cursos regulares) incluídos pela ESTIPULANTE no presente contrato, por solicitação do BENEFICIÁRIO PRINCIPAL, terão, após análise da ocorrência, no caso de falecimento do BENEFICIÁRIO PRINCIPAL, as suas mensalidades quitadas por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses, contados da data do evento, de acordo com as condições aqui dispostas.

Parágrafo primeiro – O benefício contido nesta Cláusula somente passará a vigorar a partir do pagamento da 6ª (sexta) mensalidade e desde que:

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

Parágrafo segundo – No caso de morte do BENEFICIÁRIO PRINCIPAL por acidente pessoal, não haverá a carência tratada no Parágrafo acima.

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

Parágrafo quarto – Quando da ocorrência do óbito do BENEFICIÁRIO PRINCIPAL, será necessária a apresentação dos seguintes documentos para a caracterização da ocorrência:

- a) Cópia da Certidão de Óbito do BENEFICIÁRIO PRINCIPAL;
- b) Cópia de documentos que comprovem a relação de dependência dos demais BENEFICIÁRIOS do contrato de assistência à saúde em relação ao BENEFICIÁRIO PRINCIPAL;
- c) Cópia do Registro de Ocorrência, quando se tratar de morte acidental;

d) Outros documentos que a CONTRATADA, na ocasião, julgar necessários.

Cláusula segunda – Os BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES não terão cobertura de remissão temporária quando a morte do BENEFICIÁRIO PRINCIPAL ocorrer em consequência de:

- a) Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes;
- c) Doenças e lesões (e suas consequências) preexistentes à contratação do seguro (de conhecimento do segurado) não declaradas na Proposta Individual/Ficha Cadastral, quando exigido;
- d) Os acidentes ocorridos em consequência de competições em veículos, inclusive treinos preparatórios;
- e) Quaisquer alterações mentais(direta ou indireta) consequentes do uso de álcool, de drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas;
- f) De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e cataclismos;
- g) De ato reconhecidamente perigoso e a prática, por parte do segurado, de atos ilícitos ou contrários à Lei;
- h) Qualquer tipo de hérnia e suas consequências;
- i) O parto ou aborto e suas consequências;
- j) As perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- k) O suicídio ou a tentativa de suicídio, e as consequências desta última;
- l) O choque anafilático e suas consequências;
- m) De epidemia.

Cláusula terceira – O cancelamento do contrato firmado entre a CONTRATADA e o ESTIPULANTE ocasionará a imediata perda do benefício da remissão temporária por parte dos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES. Assim, o cancelamento do benefício em tela se dará na mesma data da rescisão do contrato entre CONTRATADA e ESTIPULANTE.

Cláusula quarta – A garantia de que trata a Cláusula Primeira deste Anexo de cobertura de Remissão é concedida aos BENEFICIÁRIOS sem acréscimo no valor da mensalidade.

2 – Disposições finais

Cláusula quinta – Todas as demais cláusulas e condições constantes das CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO COLETIVO DE COBERTURA DE DESPESAS AMBULATORIAIS/ HOSPITALARES E OBSTÉTRICAS aqui não expressamente alteradas continuam em pleno vigor.



Atendimento Médico Domiciliar de Urgência e Emergência
- Cobertura Opcional



CONDIÇÕES GERAIS

A partir de 30 Beneficiários

COBERTURA OPCIONAL AO CONTRATO COLETIVO DE COBERTURA DE DESPESAS AMBULATORIAIS/HOSPITALARES E OBSTÉTRICAS, ENTRE A GOLDEN CROSS ASSISTÊNCIA INTERNACIONAL DE SAÚDE LTDA. E O ESTIPULANTE PARA COBERTURA DE ATENDIMENTO MÉDICO DOMICILIAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, NA FORMA ABAIXO.

1 – Objeto

Cláusula primeira – Respeitado o disposto nas Condições Gerais do contrato supracitado, esta Cláusula tem como objeto garantir ao BENEFICIÁRIO PRINCIPAL e aos seus DEPENDENTES incluídos no contrato a cobertura dos custos de atendimento médico domiciliar de urgência e emergência.

2 – Do atendimento médico domiciliar

Cláusula segunda – O atendimento médico domiciliar de urgência e emergência compreende:

- a) Atendimento domiciliar de urgência e de emergência, respeitado a área geográfica de abrangência previsto neste instrumento;
- b) Remoção em ambulância ou UTI móvel, por exclusiva decisão do médico do serviço de atendimento, do domicílio do BENEFICIÁRIO para unidade de observação ou internação, referenciada pela CONTRATADA e que atenda ao plano contratado.

Parágrafo primeiro – O BENEFICIÁRIO PRINCIPAL somente poderá aderir ao disposto no presente instrumento caso o faça para os DEPENDENTES incluídos no contrato.

Parágrafo segundo – Para fins do disposto no presente instrumento, serão utilizados as seguintes definições:

- a) Domicílio – endereço comercial ou local onde o CONTRATANTE tenha fixado residência;
- b) 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.
- c) Urgência – É a situação causada por evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

3 – Forma de atendimento

Cláusula terceira – O atendimento médico domiciliar, será prestado durante 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias, e somente dentro da área geográfica, em que o BENEFICIÁRIO estiver cadastrado, desde que esteja entre as praças estabelecidas no item 6.

Cláusula quarta – A CONTRATADA fica eximida de responsabilidade sempre que ocorrerem ou sobrevierem hipóteses de caso fortuito ou força maior que impeçam ou retardem a chegada da equipe de atendimento ao local onde se encontrar o BENEFICIÁRIO, tais como congestionamento de trânsito, quedas de barreiras, locais de comprovada dificuldade de acesso, ou risco, ou que comprometam a vida ou a integridade física da equipe de atendimento.

Cláusula quinta – Quando da solicitação do atendimento, o serviço de atendimento deverá ser informado da localização do BENEFICIÁRIO ou seu DEPENDENTE, sua condição de saúde e o número de sua matrícula, constante na carteira de identificação fornecida pela CONTRATADA.

Cláusula sexta – O atendimento médico domiciliar dar-se-á por encerrado quando, a critério da Equipe de Atendimento, estiver estabilizada a crise de saúde que o motivou, ou no momento em que o BENEFICIÁRIO ou seu DEPENDENTE der entrada na unidade de observação e/ou internação, nos termos da Alínea “B” da Cláusula Segunda, passando o mesmo a ficar sob os cuidados e responsabilidade do médico da referida unidade hospitalar ou ambulatorial.

4 – Início da cobertura e exclusões

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

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

5 – Mensalidade

Cláusula nona – A garantia do atendimento médico domiciliar, devido por participante do contrato, do qual este instrumento passa a fazer parte integrante, será cobrada na forma da mensalidade constante da tabela de vendas da CONTRATADA, sobre a qual o BENEFICIÁRIO declara ter pleno conhecimento.

Cláusula décima – O reajuste da mensalidade obedecerá aos mesmos critérios constantes das Condições Gerais do plano contratado.

6 – Da área de atuação

Cláusula décima primeira – Fica certo e ajustado que a área geográfica onde haverá o atendimento médico domiciliar, é a seguinte:

BAHIA

Área de cobertura para BENEFICIÁRIOS domiciliados em:

Salvador: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Lauro de Freitas: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

DISTRITO FEDERAL

Área de cobertura para BENEFICIÁRIOS domiciliados em:

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

Cidades Satélites: Águas Claras, Candangolândia, Ceilândia, Cidade Ocidental, Cruzeiro

Novo, Cruzeiro Velho, Gama, Guará I, Guará II, Novo Gama, Núcleo Bandeirante, Paranoá, Park Way, Recanto das Emas, Riacho Fundo, Samambaia, Santa Maria, São Sebastião, Sobradinho, Taguatinga, e Valparaíso de Goiás.

ESPIRITO SANTO

Área de cobertura para CONTRATANTES domiciliados em:

Cariacica: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Viana: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Vitória: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Vila Velha: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Serra: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

GOIÁS

Área de cobertura para BENEFICIÁRIOS domiciliados em:

Goiânia: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura

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

MINAS GERAIS

Área de cobertura para BENEFICIÁRIOS domiciliados em:

Belo Horizonte: todos os bairros reconhecidos pela prefeitura.

Região Barreiro: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Região Centro-Sul: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Região Leste: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Região Nordeste: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Região Noroeste: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Região Norte: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Região Oeste: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Região Pampulha: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Região Venda Nova: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Betim: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Brumadinho: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Caeté: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Confins: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Contagem: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Esmeraldas: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Ibirité: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Igarapé: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Juatuba: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Lagoa Santa: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Mateus Leme: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Nova Lima: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Pedro Leopoldo: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Raposos: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Ribeirão das Neves: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Rio Acima: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Sabará: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Santa Luzia: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

São Joaquim de Bicas – Município de Igarapé: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

São José da Lapa: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Sarzedo: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Vespasiano: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

PERNAMBUCO

Área de cobertura para BENEFICIÁRIOS domiciliados em:

Recife: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura

Abreu de Lima: Centro.

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

Camaragibe: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura

Igarassu: Centro.

Itapissuma: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura

Jaboatão dos Guararapes: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura

Olinda: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura

Paulista: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura

São Lourenço da Mata: Centro.

PORTO ALEGRE

Área de cobertura para CONTRATANTES domiciliados em Porto Alegre, nos seguintes bairros:

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

RIO DE JANEIRO

Área de cobertura para BENEFICIÁRIOS domiciliados em:

Rio de Janeiro (capital): todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Belford Roxo: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Duque de Caxias: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Mesquita: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Nilópolis: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Niterói: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Nova Iguaçu: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Queimados: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

São Gonçalo: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

São João de Meriti: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

SÃO PAULO

Área de cobertura para BENEFICIÁRIOS domiciliados em:

São Paulo (capital): Água Rasa, Alphaville, Alto de Pinheiros, Anhanguera, Aricanduva, Artur Alvim, Barra Funda, Bela Vista, Belém, Bom Retiro, Brás, Brasilândia, Butantã, Cachoeirinha, Cambuci, Campo Belo, Campo Grande, Campo Limpo, Cangaíba, Capão Redondo, Carrão, Casa Verde, Centro, Cidade Ademar, Cidade Dutra, Cidade Líder, Cidade Tiradentes, Consolação, Cursino, Ermelino Matarazzo, Freguesia do Ó, Grajaú, Guaianazes, Iguatemi, Ipiranga, Itaim Bibi, Itaim Paulista, Itaquera, Jabaquara, Jaguará, Jaguaré, Jd. América, Jd. Ângela, Jd. Helena, Jd. São Luís, José Bonifácio, Lajeado, Lapa, Liberdade, Limão, Mandaqui, Moema, Moóca, Morumbi, Osasco, Pacaembu, Parelheiros, Pari, Parque do Carmo, Pedreira, Penha, Perdizes, Perus, Pinheiros, Pirituba, Ponte Rasa, Raposo Tavares, República, Rio Pequeno, Sacomã, Santa Cecília, Santana, Santo Amaro, São Domingos, São Lucas, São Miguel, São Rafael, Sapopemba, Saúde, Sé, Socorro, Tatuapé, Tremembé, Tucuruvi, Vila Curuçá, Vila Formosa, Vila Guilherme, Vila Leopoldina, Vila Mariana, Vila Matilde, Vila Maria, Vila Medeiros e Vila Prudente.

Barueri: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Carapicuíba: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Cotia: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Diadema: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Embu: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Franco da Rocha: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Guarulhos: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Itapevi: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Mairiporã: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Mauá: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Osasco: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Santo André: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

São Bernardo do Campo: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

São Caetano do Sul: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Taboão da Serra: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

7 – Do cancelamento da cobertura

Cláusula Décima Segunda – A rescisão ou extinção do Contrato Coletivo de Despesas Ambulatoriais/ Hospitalares e Obstétricas, celebrado entre a CONTRATADA e o CONTRATANTE, implica, obrigatoriamente, no cancelamento da cobertura previsto no presente instrumento.

Parágrafo primeiro – O instrumento poderá ser rescindido a qualquer momento por solicitação do BENEFICIÁRIO PRINCIPAL, desde que o faça com um prazo de 30(trinta) dias de antecedência. Neste caso o cancelamento se dará automaticamente para todos os DEPENDENTES incluídos no contrato.

Parágrafo segundo – Na hipótese de alteração do domicílio do BENEFICIÁRIO PRINCIPAL, para local que não conste da área de abrangência geográfica de atendimento, o presente instrumento ficará automaticamente cancelado para o BENEFICIÁRIO e seu(s) respectivo(s) DEPENDENTE(S).

8 – Disposições finais

Cláusula décima terceira – Todas as cláusulas e condições constantes das CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO COLETIVO DE COBERTURA DE DESPESAS AMBULATORIAIS/ HOSPITALARES E OBSTÉTRICAS continuam em pleno vigor.



CONDIÇÕES GERAIS

A partir de 30 Beneficiários

CLASSIFICAÇÃO DO PRODUTO

Código do plano	Descrição da cobertura	Registro na ANS
ZE 32	Empresarial Especial I, Ambulatorial/Hospitalar com Obstetrícia. Acomodação quarto coletivo.	432828001