



Clube de Saúde  
Qualicorp

# Guia técnico do consultor

Plano de Saúde Coletivo por Adesão



**Golden Cross**

# 1. Entidades | titulares elegíveis | documentos necessários

Estas são as entidades para as quais o Clube de Saúde Qualicorp oferece, em condições especiais, planos de saúde coletivos por adesão Golden Cross. Os profissionais devidamente registrados em sua respectiva entidade podem aderir ao benefício e incluir seus dependentes legais, conforme condições contratuais, desde que residam na área de abrangência da Golden Cross.

Entidade	Elegibilidade do titular	Documentação do titular	
 Associação Brasileira de Empresas de Vendas Diretas (ABEVD)	Profissionais revendedores de produtos e/ou serviços no segmento de venda direta associados a Associação Brasileira de Empresas de Vendas Diretas (ABEVD).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cópia da Ficha de Filiação e cópia da Nota Fiscal ou do boleto pago, não superior a 90 dias da data de adesão, de uma das empresas de venda direta associadas à ABEVD.</li> </ul>	
 Associação dos Funcionários Públicos do Estado de São Paulo (AFPEP)	Servidores públicos, ativos e inativos, domiciliados no Estado de São Paulo e que obedeçam às condições de comercialização estabelecidas pela AFPEP.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cópia do holerite atualizado (obrigatório); cópia da Carteira de Associado e cópia do último boleto da AFPEP quitado (se houver) e Termo Aditivo à Proposta, devidamente preenchido e assinado.</li> </ul>	
 Associação dos Investigadores de Polícia do Estado de São Paulo (AIPESP)	Policiais do Estado de São Paulo associados à Associação dos Investigadores de Polícia do Estado de São Paulo (AIPESP).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cópia do holerite com desconto mensal da AIPESP ou cópia do holerite acompanhada de cópia do comprovante de associação à AIPESP.</li> </ul>	
 Federação das Câmaras de Dirigentes Lojistas do Estado de São Paulo (FCDLESP)	Lojistas associados a uma das Câmaras de Dirigentes Lojistas do Estado de São Paulo (CDL-SP) filiadas à Federação das Câmaras de Dirigentes Lojistas do Estado de São Paulo (FCDLESP).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cópia do comprovante de associação a uma das CDLs filiadas à FCDLESP (cópia do comprovante de pagamento à Entidade, cópia da declaração emitida pela Entidade ou cópia da Carteira da Entidade).</li> </ul>	
 Federação dos Empregados no Comércio do Estado de São Paulo (FECOMERCIÁRIOS)	Empregados que mantenham vínculo empregatício com empresas do comércio atacadista e varejista, desde que elas sejam representadas pelos sindicatos filiados à Federação dos Empregados no Comércio do Estado de São Paulo (FECOMERCIÁRIOS), excetuando-se: Sindicato dos Empregados no Comércio de Ourinhos (SECOURINHOS); Sindicato dos Empregados no Comércio de São Carlos (SECSAOCARLOS); Sindicato dos Práticos de Farmácia e Empregados no Comércio de Drogas, Medicamentos e Produtos Farmacêuticos de Santos (SINPRAFARMAS).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cópia da CTPS que comprove a contribuição sindical a um dos sindicatos filiados à FECOMERCIÁRIOS.</li> </ul>	
 Federação do Comércio do Estado de São Paulo (FECOMERCIO)	Empregadores (Pessoas Físicas) residentes no Estado de São Paulo, de empresa cujo ramo de atividade seja representado pela Federação do Comércio do Estado de São Paulo (FECOMERCIO).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cópia do Contrato Social ou cópia da última alteração do mesmo, que comprove vínculo societário com a empresa, que deve ser filiada a um sindicato filiado à FECOMERCIO.</li> </ul>	
<p>parceria</p>  <p>apoio</p> 	Sindicato dos Administradores no Estado de São Paulo (SAESP)	<p>Administradores registrados no Conselho Regional de Administração do Estado de São Paulo (CRA-SP) e devidamente associados ao Sindicato dos Administradores no Estado de São Paulo (SAESP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Novo associado: cópia da Carteira de Registro no CRA-SP ou cópia do Diploma registrado do curso de Administração ou cópia do Certificado de Conclusão do curso de Administração (este com data de emissão inferior a 3 (três) anos e que conste a data de colação de grau); cópia do Termo de Filiação devidamente preenchido e assinado.</li> <li>Associado: cópia da Carteira de Registro no CRA-SP ou cópia do Diploma registrado do curso de Administração ou cópia do Certificado de Conclusão do curso de Administração (este com data de emissão inferior a 3 (três) anos e que conste a data de colação de grau); cópia do boleto da anuidade em exercício ou Declaração da Entidade ou Ficha Cadastral de Associado ou cópia da Carteira do SAESP.</li> </ul>
 Sociedade Assistencialista dos Servidores Públicos do Brasil (SASPB)	Servidores Públicos Federais associados à Sociedade Assistencialista dos Servidores Públicos do Brasil (SASPB).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cópia do holerite atualizado, com a indicação do desconto mensal devido à SASPB ou cópia do holerite e cópia da Ficha de Filiação do proponente, ao SASPB devidamente preenchida e assinada.</li> </ul>	
 Sindicato dos Enfermeiros do Estado de São Paulo (SEESP)	Enfermeiros registrados no Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN-SP) devidamente associados ao Sindicato dos Enfermeiros do Estado de São Paulo (SEESP).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sócio: cópia da Carteira de Registro no COREN-SP ou cópia do Diploma/Certificado de Conclusão de curso; cópia da Carteira do SEESP e boleto de pagamento da anuidade/mensalidade em exercício.</li> <li>Novo sócio: cópia da Carteira de Registro no COREN-SP ou cópia do Diploma/Certificado de Conclusão de curso e Termo de Sindicalização, original, devidamente assinado.</li> </ul>	
 Sindicato da Micro e Pequena Indústria do Estado de São Paulo (SIMPI)	Empregados e empregadores (Pessoa Física) de empresas cujo ramo de atividade seja representado pelo Sindicato da Micro e Pequena Indústria do Estado de São Paulo (SIMPI).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Empregados: cópia da Carteira de Trabalho/ Registro ou cópia da Relação de FGTS, atestando ser funcionário com vínculo empregatício com a empresa; cópia do Termo de Ciência devidamente preenchido e assinado.</li> <li>Empregadores: cópia do Contrato Social da empresa ou cópia da última alteração do mesmo, que comprove vínculo com a empresa; cópia do Termo de Ciência devidamente preenchido e assinado.</li> </ul>	

## 2. Dependentes elegíveis | documentos necessários

<b>Cônjuge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Cópia da Certidão de Casamento.</li></ul>
<b>Companheiro(a)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Declaração de União Estável de próprio punho, contendo o número do RG e o número do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número de RG e assinatura de 2 testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a) + cópia do RG do(a) companheiro(a) ou cópia da Certidão de Nascimento de filho(s) em comum + cópia do RG do(a) companheiro(a).</li></ul>
<b>Filho(a) solteiro(a) de qualquer idade</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Cópia da Certidão de Nascimento (menor de 24 anos) ou cópia do RG (24 anos ou mais).</li></ul>
<b>Filho(a) inválido(a) de qualquer idade</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Cópia da Certidão de Invalidez emitida pelo INSS.</li></ul>
<b>Enteado(a) solteiro(a) de qualquer idade</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Titular casado(a): cópia da Certidão de Casamento; cópia da Certidão de Nascimento do(a) enteado(a).</li><li>Titular com companheiro(a): Declaração de União Estável de próprio punho, contendo o número do RG e o número do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número de RG e assinatura de 2 testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a), constando dependência econômica do(a) enteado(a); cópia da Certidão de Nascimento do(a) enteado(a).</li></ul>
<b>Menor de idade solteiro(a) sob guarda ou tutela do beneficiário titular<sup>1</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Cópia da Tutela ou “Termo de Guarda”; cópia da Certidão de Nascimento do tutelado(a).<sup>1</sup></li></ul>

**ATENÇÃO:** Todos proponentes titulares e/ou seu(s) dependente(s) com 18 anos ou mais deverão apresentar cópia do RG e cópia do CPF. O titular deverá apresentar cópia do comprovante de residência.

A Administradora de Benefícios/Contratante poderá requisitar a qualquer momento outros documentos aqui não especificados, a fim de comprovar as informações prestadas na Proposta.

## 3. Tipos de plano

Todos os planos oferecem cobertura ambulatorial + hospitalar com obstetrícia

Plano	Código ANS	Padrão de acomodação em internação	Abrangência Geográfica	Reembolso
Essencial	447.909/03-2	coletivo	Nacional	não
Essencial	447.910/03-6	individual	Nacional	não
Especial	436.299/01-3	coletivo	Nacional	sim
Especial	436.300/01-1	individual	Nacional	sim

## 4. Coberturas

Todas as coberturas da Lei nº 9.656/98, e mais:

- Escleroterapia: 12 (doze) sessões por ano de vigência do contrato coletivo, não cumulativos.<sup>2</sup>
- Central de Atendimento 24h Clube de Saúde Qualicorp: 0800-771-4004
- Site na internet: [www.qualicorp.com.br](http://www.qualicorp.com.br)

<sup>1</sup>Cessados os efeitos da guarda ou tutela, será analisada a possibilidade de permanência do dependente no benefício, desde que seja solteiro(a), podendo ser solicitada documentação complementar. <sup>2</sup>Conforme condições contratuais.

## 5. Pagamento

### 5.1. Taxa de cadastramento e implantação

No ato da adesão é cobrada uma taxa de cadastramento e implantação, no valor igual ao do primeiro valor mensal do benefício.

A taxa de cadastramento e implantação (que NÃO é o primeiro pagamento do benefício) é devida somente em caso de aceitação do(s) proponente(s) ao contrato coletivo.

### 5.2. Valor mensal do benefício

O primeiro valor mensal do benefício é pago no início da vigência do benefício. Os valores mensais do benefício serão pagos através de boleto bancário ou débito automático em conta-corrente de acordo com a tabela a seguir:

	Vencimento	Locais de pagamento
	Todas as entidades	
<b>Boleto bancário</b>	Todo dia 1º de cada mês	Em qualquer banco, até o vencimento
<b>Débito automático em conta-corrente</b>	Todo 5º dia útil de cada mês	001 - Banco do Brasil   356 - Banco Real   237 - Bradesco   104 - Caixa Econômica Federal   341 - Itaú   033 - Santander

### 5.3. Reajustes

Independentemente da data de adesão do beneficiário ao contrato coletivo de plano de saúde, o valor mensal do benefício poderá sofrer reajustes legais e contratuais, de forma cumulativa (parcial ou total) ou isolada, nas seguintes situações:

- I) reajuste financeiro;
- II) por índice de sinistralidade;
- III) por mudança de faixa etária;
- IV) em outras hipóteses, desde que em conformidade com a legislação em vigor.

Independentemente das situações previstas, a aplicação de reajustes poderá ocorrer apenas 1 (uma) vez por ano, exceto o reajuste por mudança de faixa etária.

### 5.4. Prazos para adesão

Data da proposta	Início da vigência do benefício
Dia 1º a 14 (inclusive)	Dia 1º do 1º mês subsequente
Dia 15 ao último dia do mês (inclusive)	Dia 1º do 2º mês subsequente

O FECHAMENTO DAS VENDAS OCORRE TODO DIA 14, ÀS 18H00, OU NO DIA ÚTIL ANTERIOR.

## 6. Carências

Por se tratar de um contrato coletivo, os prazos de carência podem ser regulados entre o Clube de Saúde Qualicorp e a Golden Cross. O beneficiário titular e seu(s) beneficiário(s) dependente(s) deverão cumprir os prazos de carência indicados a seguir, contados a partir do início da vigência do benefício.

### 6.1. Carências contratuais

Tabela de Carências

Item	Prazo	Coberturas
A	24 (vinte e quatro) horas	Casos de urgência e emergência, inclusive aqueles relacionados a complicações do processo gestacional, terão cobertura ambulatorial assegurada de até 12 (doze) horas de atendimento ou até que estejam expirados os respectivos prazos de carência indicados nos itens seguintes.
B	30 (trinta) dias	<b>Consultas:</b> todas as consultas médicas decorrentes de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). <b>Exames complementares:</b> análises clínicas, todos os exames decorrentes de consultas médicas, exceto os exames especificados no item "C", a seguir. <b>Serviços auxiliares:</b> fisioterapia, sessões com nutricionistas, sessões com fonoaudiólogos, sessões com terapeutas ocupacionais.
C	180 (cento e oitenta) dias	<b>Exames complementares:</b> anatomopatologia e citopatologia; angiografia; artroscopia diagnóstica; biópsia e punção; densitometria óssea; doppler; duplex scan; ecocardiografia uni e bidimensional com doppler; eletroencefalograma; endoscopias digestivas, ginecológicas, respiratórias e urológicas; exames decorrentes de doenças cardíacas, neurológicas e vasculares; exames genéticos; exames oftalmológicos; exames otorrinolaringológicos; laparoscopia; medicina nuclear; neurofisiologia; radiologia simples e contrastada; radiologia intervencionista; ressonância magnética; teste de função pulmonar; tococardiografia; tomografia computadorizada; ultra-sonografia em geral; ultra-sonografia obstétrica; urodinâmica. <b>Serviços auxiliares:</b> diálise; hemoterapia; quimioterapia; radioterapia; sessões de acupuntura, psicoterapia. <b>Casos clínicos e cirúrgicos:</b> artroscopia cirúrgica; casos clínicos em geral; casos clínicos cardíacos, neurológicos e vasculares; cirurgias cardíacas, neurológicas e vasculares; cirurgia de obesidade mórbida; cirurgias de coluna vertebral; cirurgias de adenóide, amígdala, anexectomia; colpocistoperineoplastia, hemorróida, hérnia, histerectomia, surdez, varicocele; cirurgias eletivas e em fase aguda, cirurgias por vídeo; ginecologia; litotripsia; oncologia; oxigenoterapia hiperbárica; transplantes de rins, córneas e transplantes autólogos, em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento.
D	300 (trezentos) dias	Parto a termo.

**ATENÇÃO:** Além das carências descritas acima, havendo na "Declaração de Saúde" a informação sobre doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) da(s) qual(is) o proponente titular e/ou seu(s) dependente(s) saiba(m) ser portador(es), seja por diagnóstico feito, conhecido ou em andamento, poderá ser aplicada pela Operadora a Cobertura Parcial Temporária (CPT), a qual admite, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de início de vigência do benefício, a suspensão da cobertura para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados à(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) declarada(s), como por exemplo, obesidade mórbida.

### 6.2. Regras para a redução de carências<sup>3</sup>

Estas regras visam conceder carências reduzidas, exceto para parto (cujo prazo de carência permanece sendo de 300 dias), contados a partir do início da vigência do benefício, aos proponentes elegíveis a essa redução, de acordo com a tabela a seguir:

Item	Carências contratuais	Redução de Carências 1	Redução de Carências 2	Coberturas
A	24 (vinte e quatro) horas	24 (vinte e quatro) horas	24 (vinte e quatro) horas	Casos de urgência e emergência, inclusive aqueles relacionados a complicações do processo gestacional, terão cobertura ambulatorial assegurada de até 12 (doze) horas de atendimento ou até que estejam expirados os respectivos prazos de carência indicados nos itens "B", "C" e "D", a seguir.
B	30 (trinta) dias	15 (quinze) dias	24 (vinte e quatro) horas	Análises clínicas, todos os exames decorrentes de consultas médicas, exceto os especificados no item "C", a seguir, fisioterapia, sessões com nutricionistas, sessões com fonoaudiólogos, sessões com terapeutas ocupacionais e todas as consultas médicas decorrentes de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).
C	180 (cento e oitenta) dias	120 (cento e vinte) dias	30 (trinta) dias	Artroscopia cirúrgica; casos clínicos em geral; casos clínicos cardíacos, neurológicos e vasculares; cirurgias cardíacas, neurológicas e vasculares; cirurgia de obesidade mórbida; cirurgias de coluna vertebral; cirurgias de adenóide, amígdala, anexectomia; colpocistoperineoplastia, hemorróida, hérnia, histerectomia, surdez, varicocele; cirurgias eletivas e em fase aguda, cirurgias por vídeo; ginecologia; litotripsia; oncologia; oxigenoterapia hiperbárica; transplantes de rins, córneas e transplantes autólogos, em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data; anatomopatologia e citopatologia; angiografia; artroscopia diagnóstica; biópsia e punção; densitometria óssea; doppler; duplex scan; ecocardiografia uni e bidimensional com doppler; eletroencefalograma; endoscopias digestivas, ginecológicas, respiratórias e urológicas; exames decorrentes de doenças cardíacas, neurológicas e vasculares; exames genéticos; exames oftalmológicos; exames otorrinolaringológicos; laparoscopia; medicina nuclear; neurofisiologia; radiologia simples e contrastada; radiologia intervencionista; ressonância magnética; teste de função pulmonar; tococardiografia; tomografia computadorizada; ultra-sonografia em geral; ultra-sonografia obstétrica; urodinâmica; diálise; hemoterapia; quimioterapia; radioterapia; sessões de acupuntura, psicoterapia.
D	300 (trezentos) dias	300 (trezentos) dias	300 (trezentos) dias	Parto a termo.

<sup>3</sup>Para maiores esclarecimentos, consulte o Aditivo de Redução de Carências, que faz parte da Proposta.

## Regras para a redução de carências:

**ATENÇÃO: NÃO** haverá redução de carências, em nenhum caso, para:

- Proponentes com idade superior a 59 (cinquenta e nove) anos, no primeiro dia do início da vigência do benefício.
- Parto a termo.

### Regras para a “Redução de Carências 1”

Só haverá a “Redução de Carências 1” para o proponente titular ou dependente:

- Com até 59 (cinquenta e nove) anos;
- Sem um plano de saúde anterior e que não se enquadre na “Regras para a Redução de Carências 2”

### Regras para a “Redução de Carências 2”

Só haverá a “Redução de Carências 2” para o proponente ou dependente:

• Com até 59 (cinquenta e nove) anos e que possua algum plano de saúde ou seguro-saúde similar ao benefício decorrente desta proposta, de operadora constante da respectiva “Relação de operadoras congêneres” listada abaixo, por no mínimo 12 (doze) meses ininterruptos. Além disso, o plano ou seguro anteriormente contratado pelo proponente deve estar ativo ou com inadimplência de, no máximo, 30 (trinta) dias anteriores ao início de vigência das coberturas de novo plano da Golden Cross.

### Documentos necessários

Atendidas as condições para a redução de carências, deve cada proponente, obrigatoriamente, anexar cópia legível dos documentos a seguir, para análise e aprovação da operadora.

#### Para proponentes oriundos de planos de saúde individuais ou familiares:

- a) Comprovante de início no plano anterior (cópia do contrato OU cópia do cartão de identificação);
- b) Cópia dos 3 (três) últimos recibos de pagamento quitados OU declaração da operadora congênera, em papel timbrado com a data carimbo de CNPJ, informando de início no plano de saúde, condições de pagamento e relação dos beneficiários (titular e dependentes).

#### Para proponentes oriundos de planos de saúde coletivos empresariais ou por adesão:

- a) Declaração da Pessoa Jurídica contratante, em papel timbrado com carimbo de CNPJ, informando:
  - operadora contratada;
  - tipo de plano e padrão de acomodação em internação;
  - relação de beneficiários (titular e dependentes), com as respectivas datas de início e fim da cobertura.

#### Relação de operadoras congêneres – Plano Essencial (padrão de acomodação em internação coletivo ou individual)

AGF/Allianz | Medial (Essencial, Clássico, Class 620/E, Pleno, Class 620/A, Class 640/A, Premium, Ouro) | Amil (Next, Blue I, Blue II, 130, 140, Gold, 140 Plus) | Mediservice | Assim | Notre Dame (Especial, Executivo, Select) | Blue Life | Omega | Bradesco | Omint | Care Plus | Porto Seguro | Dix Health (Premium, Platinum) | SulAmérica | Dix Saúde | Unibanco AIG | Gama/Tempo Saúde | Unimed FESP (Federação do Estado de SP) | Intermédica | Unimed Paulistana (Original, Padrão, Integral, Supremo, Absoluto I, II e III) | Itaú | Unimed Santos/São José dos Campos/Campinas/Bauru/Taubaté/Ribeirão Preto | Lincx (V40, V50, V60, V70) | Volkswagen | Marítima | Autogestões: FunCESP (Fundação CESP), Petrobrás, Sabesp.

#### Relação de operadoras congêneres – Plano Especial (padrão de acomodação em internação coletivo)

AGF/Allianz | Mediservice | Amil (Next, Blue I, Blue II, 130, 140, Gold, 140 Plus) | Notre Dame (Especial, Executivo, Select) | Bradesco | Omega | Care Plus | Omint | Dix Health (Premium, Platinum) | Porto Seguro | Gama/Tempo Saúde | SulAmérica | Itaú Unibanco AIG | Lincx (V40, V50, V60, V70) | Unimed Paulistana (Integral, Supremo, Absoluto I, II e III) | Marítima | Volkswagen | Medial (Essencial, Clássico, Class 620/E, Pleno, Class 620/A, Class 640/A, Premium, Ouro).

#### Relação de operadoras congêneres – Plano Especial (padrão de acomodação individual)

AGF/Allianz | Medial (Pleno, Class 620/A, Class 640/A, Premium, Ouro) | Amil (Blue II, 130, 140, Gold, 140 Plus) | Mediservice | Bradesco | Notre Dame (Especial, Executivo, Select) | Care Plus | Omint | Dix Health (Premium, Platinum) | Porto Seguro | Gama/Tempo Saúde | SulAmérica | Itaú | Unibanco AIG | Lincx (V40, V50, V60, V70) | Unimed Paulistana (Integral, Supremo, Absoluto I, II e III) | Marítima | Volkswagen.

## 7. Informações Importantes

Este produto pode ser comercializado no Estado de São Paulo, onde a Golden Cross tiver rede credenciada<sup>4</sup>.

Proposta sujeita à análise técnica.

## 8. Atendimento

**Clube de Saúde Central de Atendimento 24h Clube de Saúde Qualicorp: 0800-771-4004**

Qualicorp

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

<sup>4</sup>Para saber mais sobre as cidades do Estado de São Paulo onde a Golden Cross possui rede credenciada, consulte seu supervisor de vendas.