

**ISENTO A TAXA DE INSCRIÇÃO - NÃO DEVERÁ SER PREENCHIDO VALOR DA TAXA !!!**

**Cobertura:** Ambulatorial Hospitalar

**Goldental:** Gratuidade Vitalícia (Apresentar Aditivo Termo Unificado de Promoções)

**O DESCONTO 15% É VITALÍCIO ENQUANTO PERMANECER VIGENTE NO GRUPO FAMILIAR. CONFORME ADITIVO "TERMO UNIFICADO DE PROMOÇÕES." - SOMENTE PARA PLANOS FAMILIARES.**

**VIGÊNCIA**

**24 Horas Após a Assinatura do Contrato.**

**VENCIMENTO**

**A Mesma Data de Assinatura do Contrato.**

**TABELA INDIVIDUAL**

Faixas Etárias	BÁSICO		ESPECIAL
	Quarto Coletivo	Quarto Particular	Quarto Particular
00 à 18 Anos	109,49	131,38	188,09
19 à 23 Anos	147,61	177,12	253,58
24 à 28 Anos	149,09	178,89	256,11
29 à 33 Anos	161,01	193,20	276,60
34 à 38 Anos	162,62	195,14	279,37
39 à 43 Anos	196,38	235,65	337,37
44 à 48 Anos	268,46	322,13	461,18
49 à 53 Anos	339,39	407,24	583,03
54 à 58 Anos	356,36	427,60	612,18
59 ou Mais	656,88	788,21	1.128,43

**TABELA FAMILIAR I**

Faixas Etárias	BÁSICO		ESPECIAL
	Quarto Coletivo	Quarto Particular	Quarto Particular
	15% Desc.	15% Desc.	15% Desc.
00 à 18 Anos	93,06	111,67	159,87
19 à 23 Anos	125,46	150,55	215,53
24 à 28 Anos	126,71	152,05	217,69
29 à 33 Anos	136,85	164,22	235,10
34 à 38 Anos	138,22	165,86	237,45
39 à 43 Anos	166,91	200,29	286,75
44 à 48 Anos	228,17	273,80	391,99
49 à 53 Anos	288,46	346,15	495,55
54 à 58 Anos	302,88	363,45	520,33
59 ou Mais	558,31	669,96	959,13

**Inclusão Obrigatória do Beneficiário Titular + 01 ou mais Dependentes (Cônjuges, Filho(s), Irmão(s), Pai e Mãe).**

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS**

- > Proposta de Admissão e TODOS os seus respectivos Aditivos devidamente Preenchidos, Assinados e Sem Rasuras.
- > Anexar Cópias dos Seguintes Documentos: RG, CPF, Comprovante de Residência e Certidão de Nascimento e/ou Casamento.

**DESTAQUES**

- > Todos os Planos com Cobertura Nacional;
- > Cobertura de Assistência 24 Horas Sem Custo Adicional;
- > Plano Odontológico Gratuito para Todos os Beneficiários enquanto Cliente Golden Cross.

**REGRAS DE ACEITAÇÃO E PREENCHIMENTO DA PROPOSTA**

- > No demonstrativo de valores, as propostas deverão ser preenchidas com o valor normal no item 1, com o desconto promocional no item 2. No item 6 deverá constar a soma do item 2 com o item 5.

**ENTREVISTA QUALIFICADA**

Para Admissão de Beneficiário Com Idade de 00 (Zero) à 05 (Cinco) Anos (Inclusive), e Desde que Não Haja um Beneficiário Adulto na Proposta (Acima de 18 Anos), Será Obrigatória a Realização da Perícia Médica e para Titulares entre 06 e 18 Anos com Dependentes Irmãos Menores de 05 Anos (Inclusive). Preenche-se a Proposta de Admissão Deixando a Declaração de Saúde para o Médico Preencher e Assinar com Carimbo do CRM.

Neste Caso a Perícia Médica / Entrevista Qualificada Pode ser Feita de Duas Formas: **1ª) Custeio - Golden Cross:** Clínica Ridhaw. Av. Rebouças, Nº 353 Conjunto 111 / Cerqueira César, São Paulo - SP - Tels.: (11) 3554-6412 ou (11) 3064-6412.

**2ª) Livre Escolha:** Obrigatório anexar à proposta de admissão a cópia do CRM do Médico assistente. **Não havendo Reembolso por parte da Operadora.**

### BENEFÍCIO OPCIONAL

**Golden Med:** Após o término da gratuidade (09 meses iniciais), com o Custo Mensal de **R\$ 7,00 (Sete Reais) por Beneficiário** será concedido o atendimento médico por telefone e/ou a UTI Móvel (Conforme Abrangência do Quadro Abaixo):

Município:	CEP
Barueri	06400-000 à 06499-999
Diadema	09900-000 à 09999-999
Embú	06800-000 à 06849-999
Guarulhos	07000-000 à 07399-999
Mauá	09300-000 à 09399-999
Osasco	06000-000 à 06299-999
Ribeirão Pires	09400-000 à 09449-999
Santo André	09000-000 à 09299-999
São Bernardo do Campo	09600-000 à 09899-999
São Caetano do Sul	09500-000 à 09599-999
São Paulo	01000-000 à 05999-999
São Paulo	08000-000 à 08499-999
Taboão da Serra	06750-000 à 06799-999

### EXEMPLO DE REEMBOLSO

Para atendimento fora da rede credenciada, reembolso pela Tabela de Honorários Médicos Golden Cross e conforme o plano contratado. Exemplo Consulta Médica:

PLANO	REEMBOLSO - R\$
BÁSICO	R\$ 23,80
ESPECIAL	R\$ 34,00
SUPERIOR I	R\$ 75,60
SUPERIOR III	R\$ 151,20
SUPERIOR IV	R\$ 226,80

### CARÊNCIAS

<b>24 Horas</b>	Emergências e Urgências.
<b>30 Dias</b>	Consultas Médicas, Fisioterapia, Exames complementares de análises clínicas e todos os decorrentes de consultas médicas, exceto os especificados abaixo.
<b>180 Dias</b>	Casos Clínicos em geral, casos clínicos cardíacos, neurológicos e vasculares, cirurgias cardíacas, neurológicas, vasculares, de coluna vertebral, adenóide, amígdala, anexectomia, hemorróida, hérnia, histerectomia, surdez e varicocele, cirurgias eletivas e em fase aguda, cirurgias por vídeo, Ginecologia, Litotripsia, Oncologia, Oxigenoterapia hiperbárica, Transplantes de rins e córneas. Exames e Tratamentos Especiais: Angiografia, Anatomopatologia e citopatologia, Biopsia e punção, Densitometria Óssea, Eletroencefalograma, Endoscopias digestiva, ginecológica, respiratória e urológica, Exames genéticos, oftalmológicos, otorrinolaringológicos, laparoscopia, medicina nuclear, ressonância magnética, tomografia computadorizada, ultrassonografia. Serviços Auxiliares: Diálise, Hemoterapia, Quimioterapia, Radioterapia, Acupuntura. Psicoterapia de Crise.
<b>300 Dias</b>	Parto a Termo.
<b>720 Dias</b>	Eventos relacionados à Pré-existentes (exceto para Emergências / Urgências durante as primeiras 12 horas em caracter Ambulatorial).

### REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

#### PARA A REDUÇÃO DE CARÊNCIAS É NECESSÁRIO:

- > Congêneres regularizadas na ANS e de acordo com as Condições de Aceitação da Golden Cross.
- > Possuir o Mínimo de 06 Meses no Plano Anterior.
- > Idade Limite de 59 Anos.
- > Havendo Inadimplência: 60 Dias (Pessoa Física e Empresarial / PME), Deverá Migrar para os Planos Golden Cross, Todos os Participantes do Plano Anterior da Empresa Contratante (Em Casos de estar Vindo de Empresarial / PME).

#### DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA A REDUÇÃO DE CARÊNCIAS:

**Oriundo de Pessoa Física:** 03 Últimos Boletos Bancários Quitados e Cópia da Carteirainha, Caso a Carteirainha Não Tenha a Data de Admissão, Será Necessário Então Anexar Declaração da Operadora Informando os Dados Cadastrais, Inclusive a Data de Admissão (Esta Declaração Deverá ser Entregue a Via ORIGINAL em Papel Timbrado e com Carimbo do CNPJ da Operadora).

**Oriundo de PME.:** Carta da Empresa Comprovando o Início e Término do Plano Anterior junto com os Beneficiários (Em Papel Timbrado, Com Carimbo do CNPJ e Assinado pelo Representante Legal), Caso Não Tenha Carta da Empresa, será Necessário então a Carta da Operadora Anterior (Também em Papel Timbrado, Com Carimbo do CNPJ e Assinado pelo Representante Legal) Informando a Categoria e Acomodação do Plano Anterior do Titular e Seus Dependentes Além do Tempo de Plano Anterior (Com Data de Início e Término do Plano).

**RESUMO DE REDE CREDENCIADA**

**BÁSICO - QUARTO COLETIVO / QUARTO PARTICULAR**

Zona Sul	Zona Leste	Centro	Zona Norte	Zona Oeste
Hosp. M. Vidas (H/PS/M), Hosp. Serra Mayor (H/PS/M), Hosp. São Camilo Ipiranga (H/PS/M), Hosp. Nossa Sra. de Lourdes (H/PS/M), Hosp. Alvorada Moema (H/PS), Hosp. Bosque da Saúde (H/PS/M), Hosp. Sta. Paula (H/PS), Hosp. Paulista (H), Hosp. São Paulo (H/PS/M), C. At. Saúde Mental (H), Hosp. Amico Vila Mariana (H/PS), Hosp. Sepaco (H/PS/M), Hosp. Santa Marina (H/PS/M).	Hosp. Aviccena (H/PS/M), Hosp. C. Guaianazes (H/PS/M), Hosp. Santa Marcelina (H/PS), Clinicordis (H/PS), Hosp. Cema (H/PS), Hosp. Nossa Sra. da Penha (H/PS/M), Hosp. Vila Matilde (H/PS/M).	Hosp. Bandeirantes (H/PS), Hosp. Benef. Portuguesa (H/PS/M), Hosp. Paulistano (H/PS), Inst. Câncer A. V. Carvalho (H).	Hosp. Nipo Brasileiro (H/PS/M), Hosp. M. Voluntários - San Paolo (H/PS), Hosp. Presidente (H/PS).	Hosp. Iguatemi (H/PS/M), Hosp. Panamericano (H/PS), Incor (H/PS), Itamaraty (H/PS), Hosp. Metropolitano (H/PS/M), Hosp. Previna (H/PS).

**ABCDM**

Hosp. Benef. Portuguesa / São Pedro - Santo André (H/PS/M), Neomater - São Bernardo do Campo (H/PS/M), Hosp. e Mat. Central - São Caetano do Sul (H/PS), Hosp. Diadema - Diadema (H/PS/M), Hosp. América - Mauá (H/PS/M), Hosp. Ribeirão Pires - Ribeirão Pires (H/PS/M).

**ESPECIAL - QUARTO PARTICULAR**

Zona Sul	Zona Leste	Centro	Zona Norte	Zona Oeste
Hosp. São Luiz Itaim (H/PS/M), Hosp. Santa Joana (H/PS/M), Hosp. AACD (H), Hosp. do Rim (H), Hosp. Santa Cruz (H/PS), Hosp. dos Defeitos da Face (H).	Hosp. Anália Franco / São Luiz Tatuapé (H/PS).	Hosp. Igesp (H/PS), Hosp. Santa Catarina (M), Hosp. Santa Isabel (H/PS/M), Hosp. Nove de Julho (H/PS), Hosp. Promatre (PS/M).	Hosp. São Camilo Santana (H/PS/M).	Hosp. São Camilo da Pompéia (H/PS/M).

**ABCDM**

Hosp. M. Cristóvão da Gama - Santo André (H/PS/M), Soc. Benef. São Caetano - São Caetano do Sul (H/PS/M).

**RESUMO DE LABORATÓRIO**

BÁSICO	ESPECIAL
SAE, Digimagem, Lavoisier, Campana, Bio Clínico, Femme, Schimillevitch, Dr. Ghelfond, Presecor, Imuvi, CDB, Rhesus, Maxiimagem, Lego.	Delboni.

**Legendas H = Hospital / PS = Pronto Socorro / M = Maternidade.**

**ATENÇÃO: Rede Credenciada Sujeita a Alteração Sem Prévio Aviso por Parte da Operadora. As Informações Acima estão Resumidas, para Maiores Informações Sobre a Rede Credenciada Consulte o Orientador Médico ou o Site Oficial para Verificar as Especialidades Cobertas por Cada Prestador. Quaisquer outras Dúvidas, como Regras de Comercialização ou Outras Dúvidas Sobre o Plano / Produto Consulte seu Supervisor / Corretor.**