



TABELA GOLDEN CROSS - PESSOA FÍSICA
INDIVIDUAL / FAMILIAR
Referência: Maio / 2009



Cobertura: Ambulatorial Hospitalar

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

DESCONTO DE 20% NOS VALORES DAS 24 PRIMEIRAS MENSALIDADES.

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

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	
	Normal	20% Desc.	Normal	20% Desc.	Normal	20% Desc.
00 à 18 Anos	127,91	102,33	153,48	122,78	219,73	175,78
19 à 23 Anos	172,44	137,95	206,92	165,54	293,23	236,98
24 à 28 Anos	174,17	139,34	208,99	167,19	299,20	239,36
29 à 33 Anos	188,10	150,48	225,71	180,57	323,13	258,50
34 à 38 Anos	189,98	151,99	227,96	182,37	326,36	261,09
39 à 43 Anos	229,42	183,54	275,29	220,23	394,12	315,30
44 à 48 Anos	313,62	250,90	376,32	301,06	538,76	431,01
49 à 53 Anos	396,49	317,19	475,75	380,60	681,11	544,89
54 à 58 Anos	416,31	333,05	499,53	399,62	715,16	572,13
59 ou Mais	767,39	613,91	920,80	736,64	1.318,26	1.054,61

TABELA FAMILIAR I

Faixas Etárias	BÁSICO				ESPECIAL	
	Quarto Coletivo		Quarto Particular		Quarto Particular	
	Normal	20% Desc.	Normal	20% Desc.	Normal	20% Desc.
00 à 18 Anos	108,73	86,98	130,46	104,37	186,77	149,42
19 à 23 Anos	146,58	117,26	175,88	140,71	251,80	201,44
24 à 28 Anos	148,05	118,44	177,64	142,11	254,32	203,46
29 à 33 Anos	159,90	127,92	191,85	153,48	274,66	219,73
34 à 38 Anos	161,49	129,19	193,77	155,02	277,41	221,93
39 à 43 Anos	195,20	156,02	234,00	187,20	335,00	268,00
44 à 48 Anos	266,60	213,28	319,88	255,90	457,95	366,36
49 à 53 Anos	337,03	269,62	404,39	323,51	578,94	463,15
54 à 58 Anos	353,88	283,10	424,61	339,69	607,88	486,30
59 ou Mais	652,32	521,86	782,69	626,15	1.120,52	896,42

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

TABELA FAMILIAR II - NOVO DESCONTO

Faixas Etárias	BÁSICO				ESPECIAL	
	Quarto Coletivo		Quarto Particular		Quarto Particular	
	Normal	20% Desc.	Normal	20% Desc.	Normal	20% Desc.
00 à 18 Anos	102,32	81,86	122,78	98,22	175,78	140,62
19 à 23 Anos	137,94	110,35	165,53	132,42	236,98	189,58
24 à 28 Anos	139,32	111,46	167,18	133,74	239,35	191,48
29 à 33 Anos	150,47	120,38	180,56	144,45	258,50	206,80
34 à 38 Anos	151,97	121,58	182,36	145,89	261,09	208,87
39 à 43 Anos	183,52	146,82	220,22	176,18	315,29	252,23
44 à 48 Anos	250,88	200,70	301,05	240,84	431,00	344,80
49 à 53 Anos	317,16	253,73	380,58	304,46	544,87	435,90
54 à 58 Anos	333,02	266,42	399,61	319,69	572,11	457,69
59 ou Mais	613,86	491,09	736,61	589,29	1.054,58	843,66

Inclusão Obrigatória do Beneficiário Titular + Cônjuge + 02 ou Mais Filhos até 21 Anos de Idade.

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.

Reg. ANS.: 403911



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.

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

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.**

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

24 Horas	Emergências e Urgências.
30 Dias	Consultas Médicas, Fisioterapia, Exames complementares de análises clínicas e todos os decorrentes de consultas médicas, exceto os especificados abaixo.
180 Dias	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.
300 Dias	Parto a Termo.
720 Dias	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. Avicenna (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).

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



TABELA GOLDEN CROSS - PESSOA FÍSICA
INDIVIDUAL / FAMILIAR
Referência: Maio / 2009



RESUMO DE LABORATÓRIO

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

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.