



PARTICULARIDADES DO PLANO

ISENTA A TAXA DE CADASTRO (SUJEITO A ALTERAÇÃO).

> **Mínimo de 02 Titulares + 01 Dependente (03 Vidas).**

> **Composição Promocional:** A partir de 01 titular com vínculo mais 02 dependentes (Com Limite de Idade Até 59 Anos para Titulares e Dependentes). **OBS.:** Caso haja pessoas com idade superior a 59 anos volta a Composição padrão: (03 usuários, sendo pelo menos 02 titulares com vínculo empregatício ou societário comprovado e o outro dependente legal. (vide aditivo).

PLANO EMPRESARIAL - 03 À 49 VIDAS

Faixas Etárias	ESSENCIAL		BÁSICO		ESPECIAL		EXECUTIVO I	EXECUTIVO III	EXECUTIVO V
	QC	QP	QC	QP	QC	QP	QP	QP	QP
00 à 18 Anos	64,03	75,32	71,14	83,70	101,85	119,83	251,03	308,76	370,52
19 à 23 Anos	86,32	101,54	95,91	112,83	137,31	161,54	338,44	416,27	499,52
24 à 28 Anos	87,18	102,55	96,86	113,96	138,68	163,16	341,82	420,43	504,52
29 à 33 Anos	94,15	110,75	104,61	123,08	149,77	176,21	369,17	454,07	544,88
34 à 38 Anos	95,10	111,87	105,66	124,31	151,27	177,98	372,86	458,61	550,33
39 à 43 Anos	114,84	135,09	127,60	150,12	182,68	214,92	450,27	553,82	664,58
44 à 48 Anos	157,00	184,66	174,42	205,21	249,72	293,80	615,51	757,07	908,48
49 à 53 Anos	198,47	233,46	220,50	259,43	315,70	371,43	778,13	957,09	1.148,50
54 à 58 Anos	208,39	245,13	231,53	272,40	331,50	390,00	817,04	1.004,95	1.205,93
59 ou Mais	384,13	451,86	426,78	502,12	611,04	718,89	1.506,06	1.852,42	2.222,89

PLANO EMPRESARIAL - 50 À 99 VIDAS (COMPULSÓRIO)

Faixas Etárias	ESSENCIAL		ESPECIAL		EXECUTIVO I	EXECUTIVO III	EXECUTIVO V
	QC	QP	QC	QP	QP	QP	QP
00 à 18 Anos	58,01	68,25	83,05	97,71	216,11	265,81	347,47
19 à 23 Anos	78,20	92,01	111,96	131,73	291,35	358,36	468,46
24 à 28 Anos	78,99	92,93	113,08	133,05	294,26	361,94	473,14
29 à 33 Anos	85,31	100,36	122,13	143,69	317,81	390,90	510,99
34 à 38 Anos	86,16	101,37	123,35	145,13	320,98	394,81	516,10
39 à 43 Anos	104,05	122,41	148,96	175,26	387,62	476,77	623,25
44 à 48 Anos	142,23	167,34	203,63	239,58	529,88	651,75	851,98
49 à 53 Anos	179,81	211,55	257,43	302,88	669,88	823,94	1.077,08
54 à 58 Anos	188,81	222,13	270,30	318,03	703,37	865,14	1.130,93
59 ou Mais	348,02	409,46	498,25	586,22	1.296,53	1.594,72	2.084,64

Compulsório: Adesão de Todos os Funcionários da Empresa.

REGRAS DE ACEITAÇÃO

> **Beneficiário Titular:** Sócios, Diretor, Empregados Registrados (FGTS) e Prestadores de Serviços que se encontre em plena atividade de trabalho e que comprovem através de documentos exigidos, o vínculo com a empresa contratante.
> **Beneficiário Dependente:** Cônjuge ou Companheiro(a), Filho(s) Solteiro(s) Natural(is) ou Adotivo(s) com Idade Inferior a 30 Anos Completos.

REGRAS PARA ACEITAÇÃO DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS

* O Prestador de Serviços deverá ter de 18 até 59 anos de idade no ato de sua admissão (adesão na proposta).
* A Proposta deverá ter no Mínimo 03 (Três) Vidas Regulares, independentemente do Prestador de Serviço.
* A quantidade de Prestadores de Serviços deverá ser igual ou menor de Titulares com Vínculo Empregatício com a Empresa.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

> Aditivo Odontológico (**Quando o(a) Cliente Optar pelo Plano Odontológico - Não Obrigatório**).
> Aditivo Nº de Vidas (**Obrigatório em Todos os Contratos**).
> Aditivo Prestador de Serviços (**Obrigatório Independente se Haverá ou Não Prestador**).
> Aditivo Declaração de Recebimento (**Já Está Inclusa no Contrato - Obrigatório**).
> Aditivo Redução de Carências (**Obrigatório**).
> Aditivo do Rol de Procedimentos das Novas Coberturas da ANS (**Obrigatório**).
> Contrato Social e suas Alterações e Cartão do CNPJ da Empresa.
> Contrato de Prestação de Serviços Assinado e Carimbado pela Empresa (**Quando Houver Prestadores de Serviços**).
> Relação da Guia do FGTS Atualizada, ou Carteira Profissional ou Então a Folha de Registro (**Para os Empregados que Tenham Vínculo CLT**). Acompanhada da Última Guia de Recolhimento.

A Proposta de Amissão e todos os seus respectivos Aditivos (conforme acima orientados), deverão estar Devidamente Preenchidos (por Completo, ou seja, sem faltar qualquer Informação), Sem Rasuras, Assinados e Carimbados.

Já dos Beneficiários serão necessários RG, CPF (ou comprovante da CNH) e Certidão de Nascimento e/ou Casamento, mais Contrato de Prestação de Serviços (Para os Prestadores de Serviços) Assinado pelo Prestador e pela Empresa, e para Advindos da Concorrência Cópia da Carteirinha e Último Boleto Pago.

**VIGÊNCIA E VENCIMENTO**

Assinatura do Contrato	01 à 05	06 à 10	11 à 15	16 à 20	21 à 25	26 à 31
Vigência e Vencimento	15	20	25	30	05	10

VANTAGENS EXCLUSIVAS CLIENTES GOLDEN CROSS

> **Cobertura de Assistência 24 Horas Sem Adicional:** Completa Assistência oferecida aos Beneficiários, quando estiverem em viagens pelo Brasil ou pelo Exterior. Exemplo: Reembolso de até **US\$ 5.000,00 (Cinco Mil Dólares)** nos casos de lesão ou doença do Beneficiário no Exterior.

> **Cobertura de Assistência Empresarial 24 Horas Sem Adicional:** Serviços voltados para Empresa, tais como: Vidraceiro, Eletricista, Serviços de Limpezas, Chaveiros e até Vigilância, respeitando os Eventos Previstos nas Condições Gerais.

> **Gratuidade dos Benefícios: Golden Med - Por 09 Meses / Goldental - Por 12 Meses.**

> **Todos os Planos com Cobertura Nacional.**

> **Cobertura de Remissão Sem Adicional:** Cobertura por 24 Meses em caso de morte do beneficiário titular.

> **Programa Golden de Descontos de Medicamentos.**

BENEFÍCIOS OPCIONAIS

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 a 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

Goldental: após o término (12 Meses Iniciais), com o custo mensal de apenas **R\$ 15,00 (Quinze Reais) por Beneficiário** será concedido o atendimento odontológico. **Importante: Carências após a vigência do contrato (24 Horas Urgência / 60 Dias Preventiva / 90 Dias Dentista Restauradora e 180 Dias Demais Procedimentos).**

EXEMPLOS DE REEMBOLSOS

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
EXECUTIVO I	R\$ 75,60
EXECUTIVO III	R\$ 151,20
EXECUTIVO IV	R\$ 226,80

CARÊNCIAS

24 Horas	Urgência e Emergência.
30 Dias	Consultas; Análises Clínicas, exceto as discriminadas na carência de 180 dias; Fisioterapia.
180 Dias	Casos Clínicos e Cirúrgicos: Artroscopia; Casos clínicos: gerais, cardíacos, neurológicos e vasculares; Cirurgias: cardíacas, neurológicas, vasculares, adenóide, amígdala, anextomia, colpocistoperitoneoplastia, hemorróida, hérnia, histerectomia, surdez, varicocele, varizes; Cirurgias Eletivas; Cirurgias em fase aguda; Cirurgias por vídeo; Ginecologia; Litotripsia; Oncologia; Oxigenoterapia hiperbárica; Transplante de rins e córneas; Exames Complementares: Anatomopatologia; Angiografia; Artroscopia diagnóstica; Biópsia e punção; Desintometria óssea; Dopler; Duplex scan; Ecocardiografia uni e bidimensional com Dopler; Eletroencefalograma; Endoscopias digestiva, ginecológica, respiratória e urológica; Exames decorrentes de doenças cardíacas, neurológicas e vasculares; Exames genéticos, oftalmológicos, otorrinolaringológicos; Laparoscopia; Medicina Nuclear; Neurofisiologia; Radiologia simples contrastada; Radiologia intervencionista; Ressonância magnética; Teste função pulmonar; Tococardiografia; Tomografia computadorizada; Ultra-sonografia: geral e obstétrica; Urodinâmica. Serviços Auxiliares: Diálise; Hemoterapia; Quimioterapia e Radioterapia. Consultas: Psicoterapia de Crise.
300 Dias	Parto a Termo.
720 Dias	Doenças e lesões Preexistentes.



REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

- > Redução de Carências até 59 anos.
- > Compra de carências, necessário 10(dez) meses de plano anterior.

Comprovação do Tempo de Contribuição: agora, para comprovação do tempo de contribuição no Plano de Saúde da concorrência, basta o proponente apresentar o último recibo de pagamento quitado e a carteira de associado informando a data de admissão. Caso a carteira não informe a data de admissão, aceitaremos o primeiro e o último recibo quitado comprovando o mínimo de 10 meses de contribuição no Plano de Saúde anterior.

REDUÇÃO DE CARÊNCIAS PARA NOVOS BENEFICIÁRIOS

MPE I	Carências Normais	24 Horas	30 Dias	180 Dias	300 Dias
Grupo de 03 à 09 Vidas	Carências Reduzidas	24 Horas	24 Horas	60 Dias	300 Dias
MPE II	Carências Normais	24 Horas	30 Dias	180 Dias	300 Dias
Grupo de 10 à 20 Vidas	Carências Reduzidas	24 Horas	24 Horas	30 Dias	300 Dias
MEP III	Carências Normais	24 Horas	30 Dias	180 Dias	300 Dias
Grupo de 21 à 49 Vidas	Carências Reduzidas	24 Horas	24 Horas	15 Dias	300 Dias

REDUÇÃO DE CARÊNCIAS PARA BENEFICIÁRIOS ADVINDOS DE CONCORRENTES

Tempo de contribuição de no mínimo 10 (dez) meses comprovados através de cópia das três últimas faturas pagas e carteirinha com data de admissão de cada beneficiário incluído no plano/seguro concorrente.

MPE I	Carências Normais	24 Horas	30 Dias	180 Dias	300 Dias
Grupo de 03 à 09 Vidas	Carências Reduzidas	24 Horas	24 Horas	30 Dias	300 Dias
MPE II	Carências Normais	24 Horas	30 Dias	180 Dias	300 Dias
Grupo de 10 à 20 Vidas	Carências Reduzidas	24 Horas	24 Horas	15 Dias	300 Dias
MEP III	Carências Normais	24 Horas	30 Dias	180 Dias	300 Dias
Grupo de 21 à 49 Vidas	Carências Reduzidas	24 Horas	24 Horas	24 Horas	24 Horas

ATENÇÃO A TABELA CONTÉM INFORMAÇÕES RESUMIDAS, PARA MAIORES INFORMAÇÕES CONSULTE O ADITIVO "UNIFICADO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIAS EMPRESARIAL"

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

Orinundo de Pessoa Física / Individual: Último Boleto Quitado e Cópia da Carteirinha que Tenha a Data de Início do Plano.
Oriundo de PME.: Carta da Operadora Anterior (Também em Papel Timbrado, Assinada pelo Representante Legal e Com Carimbo do CNPJ) Informando a Categoria e Acomodação de Plano Anterior do Titular e Seus Dependentes Além do Tempo de Plano Anterior (Com Data de Início e Término do Plano) Junto com a Cópia da Carteirinha.

RESUMO DE REDE CREDENCIADA

ESSENCIAL - QUARTO COLETIVO / QUARTO PARTICULAR

Zona Sul	Zona Leste	Centro	Zona Norte	Zona Oeste
Hosp. M. Vidas (H/PS/M), Hosp. São Camilo Ipiranga (H/PS/M), Hosp. Bosque da Saúde (H/PS/M), Hosp. Santa Paula (H/PS), Hosp. São Paulo (H/PS/M), Hosp. Santa Marina (H/PS/M), Hosp. Sepaco (H/PS/M), Hosp. Defeitos da Face (H), Hosp. Serra Mayor (H/PS/M), Hosp. Nossa Sra. de Lourdes (H/PS/M), Hosp. Paulista (H/PS), C. At. Saúde Mental (H).	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), Inst. Câncer A. V. Carvalho (H), Hosp. Paulistano (H/PS).	Hosp. Nipo Brasileiro (H/PS/M), Hosp. M. Voluntários / San Paolo (H/PS).	Hosp. Iguatemi (H/PS/M), Hosp. Panamericano (H/PS), Hosp. Metropolitano (H/M).

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).

BÁSICO - QUARTO COLETIVO / QUARTO PARTICULAR

Zona Sul	Zona Norte	Zona Oeste
Hosp. Alvorada Moema (H/PS), Hosp. Amico Vila Mariana (H/PS).	Hosp. Presidente (H/PS).	Itamaraty (H/PS), Plena / Previna (H/PS), Hosp. Metropolitano (H/PS/M), Incor (H/PS).



RESUMO DE REDE CREDENCIADA

ESPECIAL - QUARTO COLETIVO / 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. São Luiz Morumbi* (H/PS), Hosp. do Coração* (H/PS).	Hosp. Anália Franco / São Luiz Tatuapé (H/PS).	Hosp. Igesp (H/PS), Hosp. Santa Catarina* (H/PS/M), Hosp. Santa Isabel (H/PS/M), Hosp. Nove de Julho (H/PS), Hosp. Oswaldo Cruz* (H/PS), Promatre (PS/M).	Hosp. São Camilo Santana (H/PS/M).	Hosp. São Camilo Pompéia (H/PS/M), Hosp. Metropolitano (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).

SUPERIOR I, III e V - QUARTO PARTICULAR / EXECUTIVO I, III e V - QUARTO PARTICULAR

Zona Sul	Centro
P.S. Infantil Sabará (H/PS), Hosp. Albert Einstein (H/PS/M), Hosp. Samaritano (H/PS/M).	Hosp. Sírio Libanês (H).

*** Estes Hospitais estão credenciados somente para os produtos vendidos nos contratos MPE.**

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

RESUMO DE LABORATÓRIOS

ESSENCIAL	BÁSICO	ESPECIAL	SUPERIOR / EXECUTIVO
SAE, Digimagem, Lavoisier, Campana, Bio Clínico, Femme, Schimillevitch, Dr. Ghelfond, Presecor, Imuvi, CDB, Rhesus, Maximagem.	Lego.	Delboni.	Fleury, Albert Einstein.

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.