

FICHA CADASTRAL EMPRESARIAL / ADESÃO WEB

Matrícula do Beneficiário

Código da Empresa

Cód. Identificador de Vendas

Documento Exclusivo para Movimentação Cadastral

Inclusão: Saúde Titular Dependente Movimentação Transferência de Plano
 Odontológico Titular Dependente Cadastral: Alteração Cadastral

Empresa Contratante

Razão Social

Nome Fantasia

Dados do Titular - Beneficiário Principal

Nome Completo do Beneficiário Titular Data de Admissão na Golden Cross

Data de Nascimento CPF Sexo Masculino Feminino Estado Civil 1 - Solteiro 2 - Casado 3 - Viúvo
 4 - Divorciado 5 - Outros

Nome da Mãe (Completo) Declaração Nascido Vivo Cartão Nacional de Saúde

Documento de Identificação Natureza Doc. Identificação Órgão Expedidor Data de Expedição PIS

Principal Atividade Desenvolvida Matric.Funcional Centro de Custo Lotação Data de Admissão na Empresa Contratante

Tipo de Endereço 1 - Residencial 2 - Comercial* Logradouro Número

Complemento Bairro Cidade UF CEP

* Apenas se o Tipo de Endereço for Comercial, preencher obrigatoriamente abaixo a Cidade Residencial ou o CEP Residencial, além do Endereço Comercial acima.

Cidade Residencial CEP Residencial

DDD Telefone 1/ Ramal DDD Telefone 2/ Ramal E-mail

Dados do produto - Ambulatorial/ Hospitalar com Obstetrícia

Fator Moderador Sem coparticipação Com coparticipação

Rede e Acomodação - Saúde Edição Contratual: Mês/ Ano (P) (SP) (VC)

 Golden Care I - Quarto Coletivo II - Quarto Individual
 10 - Quarto Coletivo 20 - Quarto Individual
 100 - Quarto Coletivo 200 - Quarto Individual Supermed I - Quarto Coletivo II - Quarto Individual III - Quarto Individual
 100 - Quarto Coletivo 200 - Quarto Individual 300 - Quarto Individual Básico I - Quarto Coletivo II - Quarto Individual Plena I - Quarto Coletivo II - Quarto Individual Essencial I - Quarto Coletivo II - Quarto Individual
 100 - Quarto Coletivo 200 - Quarto Individual Especial I - Quarto Coletivo II III IV V (Todos em quarto individual)
 100 - Quarto Coletivo 200 300 400 500 (Todos em quarto individual) Executivo I II III IV V VI (Todos em quarto individual)
 100 200 300 400 500 600 (Todos em quarto individual)

Rede Odontológica Edição Contratual: Mês/ Ano (P) (SP) (VC)

 Goldental 2 (03 a 29 beneficiários) Goldental 4 Goldental 6 Goldental 8 Goldental 10
 Goldental 3 Goldental 5 Goldental 7 Goldental 9 Goldental 11

Informações Complementares

Cobertura Opcional (Conforme Opção do Estipulante): Golden Med Sim NãoTem ou teve Plano/Seguro Saúde? Sim Não Matrícula Anterior do Titular _____ Data de Início ___/___/___Tem ou teve Plano Odontológico? Sim Não Matrícula Anterior do Titular _____ Data de Início ___/___/___

Só assine este formulário após o devido entendimento e preenchimento. É a sua proteção.

Local e data

Assinatura Responsável da Empresa Contratante

Assinatura do Titular/ Beneficiário Principal

FICHA CADASTRAL EMPRESARIAL / ADESÃO WEB

Dados dos Dependentes

1º Dependente desta Ficha Cadastral

| | | | | | |
|--|-----------------------------|--|--|----------------------------------|--|
| Nome Completo | | | | Data de Admissão na Golden Cross | |
| Data de Nascimento | CPF | Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino | Estado Civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro 2 - Casado 3 - Viúvo 4 - Divorciado 5 - Outros | | |
| Parentesco <input type="checkbox"/> Cônjuge/Companheiro <input type="checkbox"/> Filho(a) adotivo(a)/guarda/tutelado(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Outros Qual? _____ | | Data de casamento/união | | Data adoção/guarda/tutela | |
| Nome da Mãe (Completo) | | | Declaração de Nascido Vivo | Cartão Nacional de Saúde | |
| Documento de Identificação | Natureza Doc. Identificação | Órgão Expedidor | Data de Expedição | PIS | |
| Princ. Ativ. Desenvolvida | DDD Telefone 1/ Ramal | DDD Telefone 2/ Ramal | E-mail | | |

2º Dependente desta Ficha Cadastral

| | | | | | |
|--|-----------------------------|--|--|----------------------------------|--|
| Nome Completo | | | | Data de Admissão na Golden Cross | |
| Data de Nascimento | CPF | Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino | Estado Civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro 2 - Casado 3 - Viúvo 4 - Divorciado 5 - Outros | | |
| Parentesco <input type="checkbox"/> Cônjuge/Companheiro <input type="checkbox"/> Filho(a) adotivo(a)/guarda/tutelado(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Outros Qual? _____ | | Data de casamento/união | | Data adoção/guarda/tutela | |
| Nome da Mãe (Completo) | | | Declaração de Nascido Vivo | Cartão Nacional de Saúde | |
| Documento de Identificação | Natureza Doc. Identificação | Órgão Expedidor | Data de Expedição | PIS | |
| Princ. Ativ. Desenvolvida | DDD Telefone 1/ Ramal | DDD Telefone 2/ Ramal | E-mail | | |

3º Dependente desta Ficha Cadastral

| | | | | | |
|--|-----------------------------|--|--|----------------------------------|--|
| Nome Completo | | | | Data de Admissão na Golden Cross | |
| Data de Nascimento | CPF | Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino | Estado Civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro 2 - Casado 3 - Viúvo 4 - Divorciado 5 - Outros | | |
| Parentesco <input type="checkbox"/> Cônjuge/Companheiro <input type="checkbox"/> Filho(a) adotivo(a)/guarda/tutelado(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Outros Qual? _____ | | Data de casamento/união | | Data adoção/guarda/tutela | |
| Nome da Mãe (Completo) | | | Declaração de Nascido Vivo | Cartão Nacional de Saúde | |
| Documento de Identificação | Natureza Doc. Identificação | Órgão Expedidor | Data de Expedição | PIS | |
| Princ. Ativ. Desenvolvida | DDD Telefone 1/ Ramal | DDD Telefone 2/ Ramal | E-mail | | |

Dados do Responsável pelo Contrato (Quando o titular for menor de idade ou incapaz)

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| Nome Completo | | | | | |
| Data de Nascimento | CPF | Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino | Estado Civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro 2 - Casado 3 - Viúvo 4 - Divorciado 5 - Outros | | |
| Parentesco <input type="checkbox"/> Pai/ Mãe <input type="checkbox"/> Cônjuge/ Companheiro | <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Outros Qual? _____ | | Data de casamento/união | | |
| Princ. Ativ. Desenvolvida | DDD Telefone 1 / Ramal | DDD Telefone 2 / Ramal | E-mail | | |

Só assine este formulário após o devido entendimento e preenchimento. É a sua proteção.

Local e data

Assinatura Responsável da Empresa Contratante

Assinatura do Titular/ Beneficiário Principal

Qualquer dúvida, entre em contato com a Golden Cross

| | |
|--|---|
| Central de Atendimento | Telefones |
| Golden Fone (SAC) | 0800 728 2001 (capitais e interior) |
| Central de Serviços | 4004 2001 (capitais e regiões metropolitanas) e 0800 729 2001 (interior) |
| Deficientes Auditivos* | 0800 727 2001 (capitais e interior) |
| Acesse: www.goldencross.com.br > Fale Conosco | |
| Matriz - Rua Morais e Silva, 40 - parte, Maracanã - RJ - CEP: 20271 - 904 | |
| * O deficiente auditivo deverá ter o aparelho compatível com a sua deficiência para interagir com a Central. | |

DECLARAÇÃO DE BENEFICIÁRIO

Declaro que:

- 1) Através do presente instrumento, manifesto a intenção de inclusão do meu nome e de meus dependentes indicados na ficha cadastral, no contrato coletivo empresarial proposto pela EMPRESA CONTRATANTE, a quem concedo o direito de agir em meu nome e de meus dependentes, ficando a mesma investida dos poderes de representação.
- 2) Todas as informações prestadas de próprio punho neste documento, referentes a mim e/ou aos meus dependentes, são verdadeiras, completas, de meu conhecimento e responsabilidade. Fico ainda ciente que, de acordo com as normas vigentes, se forem constatados dados falsos, inverídicos ou incompletos, o contrato poderá ser rescindido, nos termos estabelecidos nas condições gerais e no artigo 766 do Código Civil Brasileiro, o qual dispõe: "Se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa de prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao pagamento do prêmio vencido".
- 3) Estou ciente de que a minha inclusão no citado contrato coletivo empresarial só terá validade após a aceitação da Proposta Comercial formalizada pela Empresa contratante à GOLDEN CROSS.
- 4) Estou ciente e de acordo que a Golden Cross poderá utilizar de todos os meios de prova admitidos em direitos para elucidar os eventos médicos hospitalares relacionados às declarações prestadas na Declaração de Saúde sobre mim e meus dependentes, bem como, por intermédio do profissional médico por ela designado, poderá solicitar, a qualquer tempo, à EMPRESA CONTRATANTE, a mim, a médicos, hospitais e outros prestadores de serviço, informações que julgar necessárias para elucidação de qualquer assunto relacionado ao contrato.
- 5) Recebi o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde e que tenho ciência das condições ali dispostas as quais foram lidas, entendidas e aceitas sem restrições, principalmente referentes as condições de: a) cobertura e exclusões em conformidade com o Rol de Procedimentos; b) períodos de carência e Cobertura Parcial Temporária; c) critérios de reajuste e variações etárias; d) rede referenciada; e) acomodação hospitalar; f) múltiplos de reembolsos; dentre todas as demais.
- 6) Tenho ciência que receberei através da EMPRESA CONTRATANTE o Guia de Leitura para Contratação de Planos de Saúde, junto com a carteira de identificação do plano.

| Inclusão | Documentos necessários para novas inclusões |
|--------------|--|
| Novo titular | Ficha proposta totalmente preenchida, datada, carimbada e assinada pelo novo funcionário e pelo responsável pela empresa, carteira de trabalho, comprovante de FGTS, cópia CPF e identidade. |
| Dependente | Ficha proposta totalmente preenchida, datada, carimbada e assinada pelo novo funcionário e pelo responsável pela empresa, documentos que comprovem o parentesco (certidão de casamento, declaração de união estável, etc), cópias do CPF e identidade. |

Modo de envio:

www.goldencross.com.br > Canal Empresa > Movimentação Cadastral > Fale com o Cadastro
DECAF - Departamento de Cadastro e Faturamento

ANEXO

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário (a),

A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

O QUE É DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato de Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção. Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problemas de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO.

AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora NÃO poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isso ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deverá oferecer: cobertura total ou COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), podendo ainda oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.
- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade-PAC (tomografia, ressonância, etc*) EXCLUSIVAMENTE relacionados à doença ou lesão declarada,
- NÃO haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidos no contrato.
- NÃO caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade - PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone 0800-701-9656 ou consulte a página da ANS - www.ans.gov.br - Perfil do Beneficiário.

Beneficiário

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____

Assinatura: _____

Intermediário entre a operadora e beneficiário

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

DECLARAÇÃO DE SAÚDE*

Esta é a sua Declaração de Saúde e de seus dependentes. Procure ler com muita atenção as informações importantes e as perguntas que se seguem, respondendo-as de próprio punho, de forma clara e precisa. O correto preenchimento deste documento, especialmente em relação a(s) doença(s) e/ou lesão(ões) preexistente(s) é a sua garantia de cobertura contratual. Ao preencher a Declaração de Saúde e assiná-la, o(a) beneficiário(a) assume a responsabilidade pelas informações prestadas, sujeitando-se ao disposto no artigo 422 do Código Civil Brasileiro.

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

Informações importantes:

1 - A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doença(s) e/ou lesão(ões) preexistentes, como sendo aquelas que o consumidor tenha conhecimento, no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou a qualquer um de seus dependentes.

2 - É direito do beneficiário ser orientado sem ônus financeiro, no preenchimento da Declaração de Saúde, por médico indicado pela Operadora. Caso opte por um profissional de sua livre escolha, deverá assumir o ônus financeiro desta opção.

| Preencher sem rasuras, de forma legível e de próprio punho, pelo Beneficiário Principal - Titular. | Beneficiário Principal | 1º Dependente | 2º Dependente | 3º Dependente |
|--|------------------------|---------------|---------------|---------------|
| Declare o peso atual (kg) | | | | |
| Declare altura atual (m) | | | | |
| Todas as perguntas de 01 a 28 deverão ser preenchidas com SIM ou NÃO. | Beneficiário Principal | 1º Dependente | 2º Dependente | 3º Dependente |
| 01 - Tem ou teve asma, bronquite ou outra doença pulmonar? | | | | |
| 02 - Tem ou teve miopia, hipermetropia ou astigmatismo? | | | | |
| 03 - Tem ou teve estrabismo, catarata, ceratocone, glaucoma, lesões da retina ou córnea? | | | | |
| 04 - Tem ou teve sinusite, desvio de septo, hipertrofia de amígdalas, adenóides ou doença do ronco? Tem indicação cirúrgica? | | | | |
| 05 - Tem ou teve epilepsia, convulsão, enxaqueca ou cefaléia crônica (dor de cabeça)? | | | | |
| 06 - Tem ou teve doença neurológica, do labirinto, derrame, Alzheimer, Parkinson, paralisia cerebral ou outra? | | | | |
| 07 - É portador de obesidade? Já fez tratamento de obesidade? | | | | |
| 08 - Tem ou teve varizes? É portador de hemorróidas? Tem doença arterial? | | | | |
| 09 - Tem ou teve doença do aparelho circulatório, tais como pressão alta, infarto, angina, arritmias, aneurismas, trombose, embolia? Possui marcapasso? Stent? Implante intravascular? Fez cateterismo? | | | | |
| 10 - Tem ou teve doença do sangue (anemia, hemofilia, púrpura ou outra)? | | | | |
| 11 - Tem diabetes? Qual tipo? | | | | |
| 12 - Tem ou teve doença de rim (insuficiência renal, cálculo renal, cálculo, infecção urinária de repetição)? Faz ou fez diálise ou hemodiálise? Já foi submetido a transplante? | | | | |
| 13 - Tem fimose, hidrocele, varicocele, testículos não descidos (criptorquídia)? Doença da próstata? Infertilidade? | | | | |
| 14 - Tem ou teve gastrite, úlcera, refluxo gastroesofágico, hérnia de hiato, varizes de esôfago, esofagite, doença de Crohn, pólipos ou outros? Tem ou teve cálculo na vesícula ou doença do pâncreas? | | | | |
| 15 - Tem ou teve doença psiquiátrica? Já esteve internado em clínica psiquiátrica? | | | | |
| 16 - Tem ou teve hepatite (B ou C)? É portador do vírus HIV (AIDS) e suas complicações? | | | | |
| 17 - Tem ou teve doença maligna (leucemia, linfomas, mama ou outros tipos de câncer)? Faz ou fez quimioterapia ou radioterapia? | | | | |
| 18 - Tem ou teve doença das articulações, dos músculos ou dos ossos, tais como hérnia de disco, artrose, artrite, escoliose, bico de papagaio, lesão de joelho, do ombro ou outras? Usa prótese ortopédica? Tem joanete? | | | | |
| 19 - Tem ou teve doença endocrinológica (tireóide, hipófise, doença da suprarrenal ou outra)? | | | | |
| 20 - Tem algum tipo de hérnia (inguinal, umbilical, bolsa escrotal ou outra)? | | | | |
| 21 - Tem doença reumática: lupus, artrite psoriática, artrite reumatóide ou outra? | | | | |
| 22 - Tem ou teve doença da mama (aumento do volume, displasia, nódulo ou outra)? | | | | |
| 23 - Tem ou teve doença ginecológica (cisto de ovário policístico, endometriose, mioma, infertilidade ou outra)? | | | | |
| 24 - Encontra-se internado ou em tratamento médico? Afastado do trabalho? Tem cirurgia programada? É portador de alguma seqüela? | | | | |
| 25 - Tem ou teve doença congênita (desde que nasceu)? Alguma síndrome (Down, Marfan ou outra)? É portador de alguma doença não abordada acima? | | | | |
| 26 - Encontra-se grávida? Quantas semanas? | | | | |
| 27 - Usa ou já usou aparelho ortodôntico? Tem disfunção da ATM (articulação temporomandibular)? Tem indicação cirúrgica? | | | | |
| 28 - Tem ou teve alguma doença ou lesão preexistente que não tenha sido abordada no rol de perguntas anteriores? | | | | |

*A Declaração de Saúde equivale ao Perfil de Saúde, exigido para os casos de inclusão fora do prazo.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Se a resposta a algum item da página anterior for positiva para qualquer um dos beneficiários, esclarecer o motivo, especificando o item, o beneficiário e a data do evento.

| Proponente | Item | Data do evento | Esclarecimentos |
|------------|------|----------------|-----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Comprovada a omissão de informação sobre doença e/ou lesão conhecida e não declarada, a operadora poderá solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, e rescindir o contrato por fraude, nos termos do Art. 13 da Lei nº 9.656/98, responsabilizando O beneficiário pelos procedimentos realizados referentes à doença ou lesão não declarada.

CPT - Cobertura Parcial Temporária: aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão 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 ou seu representante legal.

Agravo: qualquer acréscimo 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.

- Declaro ter conhecimento de todas as perguntas da declaração de saúde e que dispenso a orientação médica, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas.
- Declaro que realizei a entrevista qualificada com o médico orientador abaixo assinado.
- Declaro que fui orientado por médico de minha escolha.

Autorizo que médicos, clínicos ou quaisquer entidades públicas ou privadas, prestem à Operadora informações sobre o meu estado de saúde ou moléstias que possa sofrer ou ter sofrido, bem como resultados de exames e tratamentos instituídos, isentando-os, desde já, de qualquer responsabilidade que implique ofensa ao sigilo profissional.

Concordo que na hipótese de declaração/ constatação de doença e/ou lesão preexistente em qualquer um dos beneficiários, será aplicada automaticamente a Cobertura Parcial Temporária - CPT.

Local e Data

Assinatura do Beneficiário

Eu, abaixo assinado, orientei o preenchimento desta declaração de saúde:

Data

Carimbo e assinatura do médico orientador

Nome legível do médico orientador