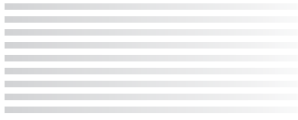


Índice

	<i>Pág.</i>
1. O contrato coletivo por adesão celebrado entre a AIPESP e a Golden Cross	02
2 - Planos Oferecidos	03
3 - Coberturas	05
4 - Autorização Prévia	06
5 - Carências	07
5 - Reembolso	09
6 - Reajustes	12
7 - Cancelamento do Plano	13
8 - Benefício Opcional - Golden Med	13
9 - Goldental	14
10- Coberturas Básicas Goldental	15
11 - Coberturas Adicionais	19
12 - Exclusões de Coberturas	20
13 - Carências Goldental	21
14 - Reembolso	25
15 - Orientações sobre o plano odontológico	27



Manual do contrato coletivo por adesão celebrado entre a Associação dos Investigadores de Polícia do Estado de São Paulo e a Golden Cross.

Ficha de Adesão

Para usar da maneira mais adequada o plano de saúde e preservar a qualidade do benefício, é muito importante que os beneficiários saibam o que é o índice de sinistralidade e tenham sempre em mente algumas orientações básicas:

Índice de sinistralidade

Entende-se por índice de sinistralidade a relação entre receitas e despesas do seu plano de saúde. Assim, quando o índice de sinistralidade sobe, é necessário tomar medidas de correção, como reajustes, para equilibrar as contas do plano de saúde e garantir a continuidade do atendimento. Por isso, é essencial que todos os beneficiários saibam utilizar o plano de saúde de forma racional, sem desperdícios, contribuindo, assim, para evitar reajustes por índice de sinistralidade.

Orientações para utilização

- Dê preferência à rede médica e odontológica referenciada pela Golden Cross.
- Jamais assine guias em branco ou guias de procedimentos não realizados. É seu direito e dever conferir sempre se todos os procedimentos realizados foram devidamente discriminados.
- Procure sempre seu dentista, pelo menos de 6 em 6 meses, para que ele faça exames regulares.
- Procure diminuir o consumo de alimentos com muito açúcar, pois eles são grandes causadores de cáries. Não fumar e ter uma alimentação balanceada, além de ser benéfico à saúde, também evita o aparecimento de doenças bucais.
- Quando você não puder comparecer a uma consulta, cancele-a com antecedência. Lembre-se de que o profissional reservou um horário especialmente para atendê-lo.
- Após a realização de uma consulta, siga rigorosamente o tratamento e as prescrições do médico ou dentista, antes de agendar uma nova consulta com outro profissional.
- Nunca empreste sua carteirinha, sob pena de configuração de fraude. No caso de perda ou roubo de sua carteirinha, entre em contato imediatamente com a Golden Cross ou com a AIPESP.
- Utilize o pronto-socorro somente em caso de urgência ou emergência.
- Realize exames quando necessário e conforme solicitação médica. Uma vez solicitados e realizados, sempre retire o resultado de seus exames. Estudos indicam que grande parte dos pacientes não retornam para retirar os resultados e não dão continuidade ao tratamento, causando duplo prejuízo: para si mesmos e para o plano de saúde. Após a utilização dos exames, guarde-os com segurança. Tais diagnósticos poderão ser úteis também no futuro.
- Ao identificar qualquer falha de atendimento, comunique imediatamente a AIPESP/PRIORITY SAÚDE.

Além do padrão de qualidade da Golden Cross, agora você conta com o apoio da AIPESP e PRIORITY SAÚDE uma administradora especializada na viabilização de apólices ou contratos coletivos por adesão para grupos delimitados de indivíduos vinculados a uma Entidade.

Com estrutura moderna e equipe qualificada, a PRIORITY SAÚDE oferece canais personalizados de atendimento e serviços ao beneficiário. Tais canais são compostos por:



Central de Atendimento Pessoal
Av. Ipiranga, 344 / 4º and. CJ 42
Centro – São Paulo – SP – cep. 01046-926
Expediente: de segunda a sexta-feira, das 8.00 às 18:00hs. (exceto feriados)

Central de Atendimento por Telefone
Tel.: (11) 3123-5055
Expediente: de segunda a sexta-feira, das 8.00 às 18.00hs. (exceto feriados)

Portal de Serviços na Internet
Home page: www.medcompany.com.br
E-mail: sac@prioritysaude.com.br

Alguns serviços disponíveis:

- Alterações cadastrais
- Solicitações de reembolso
- Informações gerais sobre o benefício

Central de Atendimento Golden Cross
Golden Fone - Atendimento 24 horas
Tel.: 0800-728-2001

- Informações de rede referenciada
- Liberação de senhas de atendimento

Esses canais facilitam o acesso do beneficiário aos serviços prestados pela Golden Cross. Assim, você tem mais conveniência e conforto na utilização do seu plano de saúde.

As Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde e do Plano de Assistência Odontológica coletivo celebrado entre a AIPESP e a Golden Cross Assistência Internacional de Saúde Ltda. (Golden Cross) foram redigidas nos termos do Código Civil Brasileiro (Lei nº 10.406/02), do Código de Proteção e Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/90), do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/03) e com base na Lei nº 9.656/98, que regulamenta os planos e seguros privados de assistência à saúde.

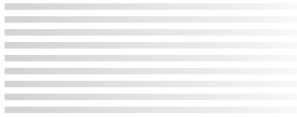
Golden Cross Assistência Internacional de Saúde Ltda – (ANS nº 40.3911)
AIPESP - Associação dos Investigadores de Polígia do Estado de São Paulo - contratante junto à operadora.
PRIORITY SAÚDE - Administradora de Planos de Saúde (ANS 415294)

Entende-se por contrato coletivo por adesão de plano de assistência à saúde aquele que é celebrado por Pessoa Jurídica (no caso, a AIPESP), que pode, em nome dos beneficiários, acordar, negociar, alterar e fixar regras contratuais com a operadora, sendo a admissão ao contrato opcional e espontânea do associado.

Planos oferecidos

O benefício ora contratado é oferecido em 4 (quatro) planos diferentes, conforme mencionado nas opções da ficha de adesão, a saber:

PLANOS	REGISTRO NA ANS	ACOMODAÇÃO	ABRANGÊNCIA
UR34 - Essencial Ambulatorial/Hospitalar:	450278047	Internação em quarto coletivo	Nacional
UE32 - Especial Ambulatorial/Hospitalar:	436299013	Internação em quarto coletivo	Nacional
UE34 - Especial Ambulatorial/Hospitalar:	436300011	Internação em quarto individual	Nacional



Os planos de saúde diferenciam-se em função dos valores de reembolso, bem como em função da rede referenciada de prestadores médicos e hospitalares.

Prazo de vigência do contrato coletivo

O presente contrato coletivo vigora pelo prazo de 1 (um) ano, podendo ser renovado, automaticamente, por igual período, desde que não ocorra denúncia, por escrito, pela AIPESP ou pela Operadora, com antecedência de 30 (trinta) dias. Em caso de rescisão, a AIPESP comunicará o fato aos beneficiários.

Quem pode ser beneficiário titular?

Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os funcionários públicos (Pessoas Físicas) devidamente associadas a AIPESP.

Quem pode ser beneficiário dependente?

O beneficiário Titular poderá inscrever como seu (s) dependente (s):

- Cônjuge ou companheiro (a).
- Filho (a) solteiro (a), natural ou adotivo (a), de qualquer idade.
- Enteado (a) solteiro (a) de qualquer idade, mediante comprovação de casamento ou de união estável do cônjuge ou companheiro (a) com o beneficiário titular.
- Menor de idade solteiro (a) que, por determinação judicial, esteja sob a guarda ou tutela do beneficiário titular*.

*Cessados os efeitos da guarda ou tutela, será analisada a possibilidade de permanência do dependente no benefício, desde que solteiro (a).

Tanto para procedimentos eletivos ambulatoriais (consultas, exames e tratamentos), procedimentos hospitalares (internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas), quanto para procedimentos de urgência ou emergência, o beneficiário conta com duas modalidades de atendimento:

1ª Opção de Atendimento

Atendimento na rede médica referenciada

A operadora coloca à disposição do beneficiário uma rede referenciada de prestadores de serviços médicos distribuídos por todo o território brasileiro, de acordo com o plano contratado. Nesses estabelecimentos, o atendimento não demanda nenhum tipo de pagamento ao prestador escolhido.

Veja como agilizar o atendimento:

- Consulte a lista de referenciados e escolha o prestador médico de sua conveniência ou necessidade;
- Ligue para o prestador e agende a data do atendimento;
- No dia marcado para a realização do procedimento, dirija-se ao prestador escolhido, munido de seu documento de identidade (RG) e de seu cartão de identificação válido da Golden Cross (veja item abaixo). Caso não esteja de posse de seu cartão, solicite que o atendente entre em contato com a operadora e peça a autorização.

Lista de prestadores médicos referenciados

A lista de referenciados está dividida em prontos-socorros, maternidades, hospitais gerais, consultórios, etc. Por estar sujeita a alterações, é atualizada periodicamente pela operadora, segundo as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Cartão de Identificação

A operadora disponibiliza ao beneficiário um cartão de identificação personalizado. Para facilitar o atendimento, esse cartão e o documento de identidade (RG) devem ser apresentados aos prestadores médicos referenciados no ato da solicitação do serviço. O cartão de identificação é exclusivo, pessoal e intransferível. Em caso de extravio, comunique-o imediatamente a estipulante (AIPESP/PRIORITY SAÚDE), pelo telefone Tel.: (11) 3123-5055. A renovação do cartão é anual e automática.



Coberturas

Estão cobertas pelo plano de saúde coletivo somente as despesas efetuadas com serviços médico-hospitalares relacionados no Rol de Procedimentos Médicos, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no tratamento das doenças codificadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com Saúde (CID), versão 10, da Organização Mundial de Saúde (OMS), observada a abrangência das condições gerais do plano de saúde.

Consulta Médica

A cobertura das consultas será realizada nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e aprovadas pelo Conselho de Saúde Suplementar, nas condições do plano escolhido, e poderão ser realizadas em consultórios, ambulatorios ou prontos-socorros, sem limite.

Emergência e Urgência em Pronto Socorro

Estarão cobertos os atendimentos de urgência e emergência, desde a admissão do paciente até a sua alta, ou os que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções, salvo se o Beneficiário estiver cumprindo carência.

Para a caracterização da urgência e da emergência, a Golden Cross poderá exigir a apresentação de documentos ou relatórios médicos e de exames que a comprovem.

O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal e do trabalho, estará garantido após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

Nos casos em que a assistência não venha a se caracterizar como própria do plano escolhido, ou este esteja em carência contratual para o evento proposto, mesmo com risco de vida, ou, ainda, de lesões irreparáveis, não haverá a obrigatoriedade de cobertura por parte da Golden Cross.

Coberturas no âmbito Ambulatorial:

- 1-Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterizem como internação;
- 2 - Cobertura para os seguintes procedimentos, considerados especiais:
 - a) Hemodiálise e diálise peritoneal;
 - b) Quimioterapia ambulatorial;
 - c) Radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletronterapia etc.) ambulatorial;
 - d) Hemoterapia ambulatorial;
 - e) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

Saúde Mental

O Beneficiário terá direito a cobertura ambulatorial e hospitalar para transtornos psiquiátricos, conforme o quadro:

TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS	TRATAMENTO AMBULATORIAL	INTERNAÇÃO	HOSPITAL DIA
Psicoterapia de crise	Duração máxima de 12 semanas, limitadas a 12 sessões/ano de contrato	—	—
Transtornos psiquiátricos em situação de crise	—	30 dias/ano de contrato (sem co-participação)	Período compreendido por 8 semanas/ano de contrato
Intoxicação ou abstinência por dependência química (inclusive alcoolismo)	—	15 dias/ano de contrato (sem co-participação)	—
Consulta na especialidade de psiquiatria	Sem limite	—	—
Transtornos psiquiátricos em situação de crise para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados no CID 10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde)	—	—	180 dias/ano de contrato



Autorização prévia

Quando da realização dos procedimentos médicos, exames complementares e serviços auxiliares a seguir descritos, é dever do **BENEFICIÁRIO** solicitar previamente à **Golden Cross**, a informação da necessidade da liberação de senha.

PROCEDIMENTOS MÉDICOS/SERVIÇOS AUXILIARES

- Acupuntura
- Cirurgia
- Diálise
- Escleroterapia limitado a 12 (doze) sessões por ano, por Beneficiário, não cumulativas
- Fisioterapia
- Hemoterapia
- Internação
- Litotripsia
- Psicoterapia de crise
- Quimioterapia
- Radioterapia
- Remoção
- Transplantes de rins e córneas

EXAMES COMPLEMENTARES

- Análises clínicas
- Anatomopatologia e citopatologia
- Angiografia
- Artroscopia
- Biópsia
- Densitometria óssea
- Ecocardiografia
- Eletrocardiografia dinâmica (Holter)
- Eletrococleografia
- Endoscopias digestiva, ginecológica, respiratória e urológica
- Exames decorrentes de doenças cardíacas, neurológicas e vasculares
- Exames genéticos
- Hemodinâmica (cineangiocoronariografia, cateterismo cardíaco)
- Laparoscopia
- Medicina nuclear
- Neurofisiologia
- Radiologia
- Ressonância magnética
- Tomografia computadorizada
- Ultra-sonografia
- Urodinâmica

Os casos de urgência/emergência não necessitarão de liberação prévia de senha, mas deverão ser comunicados à Operadora em até 24 (vinte e quatro) horas do início do atendimento.

Remoção

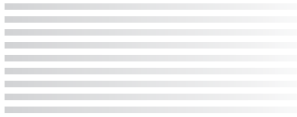
Quando constatada a necessidade de remoção, a mesma deverá ser solicitada dentro dos critérios abaixo relacionados:

- a) Ser solicitada pelo médico assistente através de relatório descrevendo a impossibilidade de locomoção do Beneficiário;
- b) Ser por via terrestre e até o estabelecimento Médico-hospitalar mais próximo com condições técnicas de prestar o atendimento;
- c) Caso haja necessidade de ambulância UTI e/ou de acompanhamento médico, o relatório de solicitação deverá conter tal especificação;
- d) Serem observados os critérios contratuais;
- e) Ser destinada ao atendimento do Beneficiário, cujo evento médico coberto demande internação ou seja secundário à internação existente, durante evento coberto, desde que cumprida a respectiva carência contratual;
- f) Para a realização de procedimentos essenciais ao acompanhamento da patologia que gerou a internação, ou de evento essencial à manutenção da saúde do BENEFICIÁRIO.

Como solicitar autorização prévia

Entre em contato com a central de atendimento da Golden Cross no Rio de Janeiro:

- Capital e regiões metropolitanas..... (21) 4004-2001
- Demais regiões 0800-728-2001



Atenção: despesas não cobertas, por força de Lei

Estão expressamente excluídas da cobertura deste contrato as despesas abaixo relacionadas, mesmo quando conseqüentes de acidentes pessoais :

- a) Procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como próteses, órteses e seus acessórios para o mesmo fim;
- b) Cirurgias plásticas em geral, exceto as restauradoras para:
 - b.1 – correção de lesão proveniente de acidente pessoal ocorrido na vigência do contrato; e/ou
 - b.2 – correção de lesão decorrente de tratamento cirúrgico de neoplasia maligna que se tenha manifestado após o início da vigência do contrato, estando a cobertura sujeita à apresentação de laudo anatomopatológico da lesão neoplásica.
- c) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina e/ou não aprovados pelo Conselho de Saúde Suplementar;
- d) Despesas extraordinárias, enfermagem particular, ainda que em hospital, e assistência médica domiciliar;
- e) Aparelhos estéticos, órteses, próteses e seus acessórios, e/ou aparelhos utilizados para a substituição de função ou reabilitação não ligados ao ato cirúrgico;
- f) Atendimentos nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pelas autoridades competentes;
- g) Aluguel de equipamentos e aparelhos cirúrgicos para assistência médica domiciliar;
- h) Tratamentos ou procedimentos relacionados à estimulação concepitiva e fertilização in vitro;
- i) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais, não reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina e/ou não aprovados pelo Conselho de Saúde Suplementar;
- j) Materiais e medicamentos importados não nacionalizados, e medicamentos ministrados ou utilizados em tratamento domiciliar;
- k) Remoções por via aérea;
- l) Transplantes de órgãos, exceto rins e córneas;
- m) Despesas com medicação de manutenção pós-transplante;
- n) Tratamentos de emagrecimento (exceto para tratamento da obesidade mórbida), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- o) Fonoaudiologia e logopedia;
- p) Psicologia;
- q) Vacinas;
- r) Exames médicos e complementares de saúde ocupacional (admissional, periódico e demissional);
- s) Cirurgias refrativas que não correspondam às especificações do Rol de Procedimentos da ANS;
- t) Check-up;
- u) Serviços em internação domiciliar (é a modalidade de internação, no qual os cuidados médicos e de enfermagem serão prestados no domicílio do paciente a nível hospitalar); e
- v) Outros procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), ou o ato que vier a substituí-lo.

Carências

Carência é o período no qual o Titular e seus Dependentes, mesmo que em dia com o pagamento do plano de saúde, não terão direito a determinadas coberturas.

Por se tratar de um contrato coletivo, as carências podem ser reguladas pela AIPESP e a Operadora. Salvo casos de compra de carência decorrentes da política comercial vigente à época da adesão ao plano de saúde, o Titular e seus Dependentes deverão cumprir os prazos de carência a seguir:



PRAZO DE CARÊNCIA	CASOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS	EXAMES COMPLEMENTARES	SERVIÇOS AUXILIARES	CONSULTAS MÉDICAS
24 horas	• Emergências e urgências (*)	• Emergências e urgências (*)	• Emergências e urgências (*)	—
30 dias	—	• Análises clínicas • Todos os decorrentes de consultas médicas, exceto aqueles especificados abaixo	• Fisioterapia	• Todas as especialidades reconhecidas pelo CONSU
180 dias	<ul style="list-style-type: none"> • Artroscopia cirúrgica • Casos clínicos em geral • Casos clínicos cardíacos, neurológicos e vasculares • Cirurgias cardíacas, neurológicas e vasculares • Cirurgias de coluna vertebral • Cirurgias de adenóide, amígdala, anexectomia, colpocistoperioneoplastia, hemorróida, hérnia, histerectomia, surdez, varicocele • Cirurgias eletivas e em fase aguda • Cirurgias por vídeo • Ginecologia • Litotripsia • Oncologia • Oxigenoterapia hiperbárica • Transplantes de rins e córneas 	<ul style="list-style-type: none"> • Anatomopatologia e citopatologia • Angiografia • Artroscopia diagnóstica • Biópsia e punção • Densitometria óssea • Doppler • Duplex scan • Ecocardiografia uni e bidimensional com Doppler • Eletroencefalograma • Endoscopias digestiva, ginecológica, respiratória e urológica • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Diálise • Hemoterapia • Quimioterapia • Radioterapia • Sessões de acupuntura 	• Psicoterapia de crise
300 dias	Parto a termo	—	—	—

(*) Conforme Artigo 12, Inciso V - da Lei 9.656/98

A cobertura para urgência e emergência ficará limitada a até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento nos seguintes casos:

- Urgências e emergências ocorridas durante o período de carências;
- Urgências e emergências referentes ao processo gestacional durante o período de carência

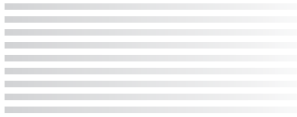
Quando for necessária para a continuidade do atendimento de urgências e emergências a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar (como tratamento cirúrgico, parto e outros), ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará e a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do Beneficiário, não cabendo qualquer ônus a Operadora.

Os direitos adquiridos após o cumprimento dos prazos de carência terão sua continuidade assegurada, desde que o pagamento do benefício, até então devido, seja efetuado até a data do respectivo vencimento.

Os filhos do Beneficiário Titular (naturais ou adotivos) estarão isentos do cumprimento dos prazos de carência desde que a inclusão no plano de saúde ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data do nascimento ou adoção, respectivamente.

As inclusões de filhos naturais ou adotivos do Beneficiário Titular, que ocorrerem em prazo superior a 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção, bem como o cônjuge ou companheiro(a) do Beneficiário Titular, incluído no contrato, cumprirão obrigatoriamente os prazos de carência e estabelecidos neste manual.

Os materiais de prótese e órtese de implantação em ato cirúrgico coberto só terão cobertura após decorridos 180



2ª Opção de Atendimento

Atendimento por livre escolha, com reembolso

Além da rede médica referenciada, este plano de saúde oferece o sistema de livre escolha, pelo qual o beneficiário escolhe profissionais não referenciados e posteriormente, após o atendimento médico ter sido realizado, solicita o reembolso de despesas efetuadas, que serão ressarcidas pela operadora de acordo com os limites da categoria do plano contratado. Veja como proceder:

- Após verificar a efetiva cobertura do procedimento, escolha o serviço de sua preferência e agende o atendimento;
- Pague o profissional e solicite os recibos de todos os serviços realizados, discriminadamente;
- Reúna os originais dos comprovantes de pagamentos e os documentos necessários para cada procedimento (veja a relação completa na página 10 deste manual);
- Dirija-se à central de atendimento da PRIORITY SAÚDE, munido dos documentos especificados, e solicite o reembolso pelo auto-atendimento Golden Cross, disponível nas principais cidades do Brasil, em diversas agências do Banco Real (consulte as agências referenciadas no site www.goldencross.com.br);
- O valor do reembolso das despesas, de acordo com o plano contratado será depositado na conta-corrente informada pelo proponente titular da ficha de adesão ao contrato coletivo. Caso não haja tal informação, o valor do reembolso ficará disponível, por 30 (trinta) dias, em qualquer agência do Banco Real – devendo ser retirado mediante apresentação do documento de identidade do beneficiário titular e do cartão de identificação da operadora.

Reembolso

Reembolso é o ressarcimento ao Beneficiário, no limite do plano contratado, das despesas com serviços ambulatoriais / hospitalares e obstétricos cobertos pelo plano de saúde, sejam eletivos ou emergenciais, efetuados pelo Beneficiário Titular ou por seus Beneficiários Dependentes fora da rede referenciada de prestadores.

O valor do reembolso das despesas médico-hospitalares será obtido pela aplicação do múltiplo do plano do Beneficiário sobre o valor unitário do procedimento previsto na tabela Golden Cross e não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo Beneficiário para as respectivas despesas.

No plano Essencial o reembolso das despesas ambulatoriais / hospitalares e obstétricas só ocorrerá nos casos de urgência / emergência comprovada.

Tabela de Múltiplos de Reembolso Plano Essencial / Plano Especial

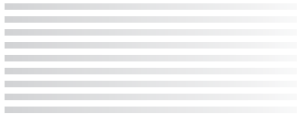
CATEGORIAS	DESPESAS HOSPITALARES	HONORÁRIOS MÉDICOS DURANTE INTERNAÇÃO	EXAMES COMPLEMENTARES SERVIÇOS AUXILIARES	INTERVENÇÕES AMBULATORIAIS	CONSULTAS
EMPRESARIAL ESSENCIAL	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0
EMPRESARIAL ESPECIAL	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0

Os medicamentos utilizados durante a realização de procedimentos hospitalares cobertos durante a internação serão reembolsados de acordo com o BRASÍNDICE – Guia de Preços de Medicamentos nacionalmente reconhecidos.

O reembolso previsto na tabela anterior para a categoria Essencial será de acordo com a Tabela Básica de Procedimentos Médico-hospitalares Golden Cross, e as demais, de acordo com a Tabela de Procedimentos Médico-hospitalares Golden Cross.

As despesas efetuadas para atendimento de urgência e emergência do BENEFICIÁRIO no exterior serão ressarcidas com base no câmbio oficial do dia do atendimento e por analogia a procedimentos reconhecidos pelas autoridades competentes no Brasil.

Não haverá reembolso das despesas efetuadas para atendimento do Beneficiário no exterior para o plano Essencial.



Remoções

As despesas com remoções somente serão reembolsadas com a prévia e expressa autorização da Operadora.

Prazo de reembolso

Os reembolsos efetuados ao Beneficiário são realizados dentro do prazo de até 30 (trinta) dias.

Como Solicitar o Reembolso

Reuna os documentos originais necessários para cada procedimento, listados na página seguinte, e escolha uma das opções abaixo:

1- Golden Cross - Dirija-se ao setor de atendimento de uma das agências do Banco Real S.A. A relação de endereços encontra-se com a área de Recursos Humanos ou Departamento Pessoal de sua Empresa ou solicite ao Golden Fone. Preencha o envelope de auto-atendimento. O valor do reembolso será creditado na C/C do Beneficiário.

2- PRIORITY SAÚDE - Entregue a documentação, pessoalmente ou por carta registrada (AR), à central de atendimento:

Av. Ipiranga, 344 - 4º andar - cj. 42 - Centro - São Paulo

3- Na impossibilidade de enviar o seu reembolso através de uma agência do Banco Real ou a PRIORITY SAÚDE basta encaminhar-se a uma agência dos correios, remetendo a documentação para a Golden Cross, na Rua Morais e Silva, 40 / 12º andar - Dep. de Sinistros - Maracanã - Rio de Janeiro - RJ - Cep. 20271-904.

Ressalta-se que, na falta de subsídios para a análise da Golden Cross, os prazos serão dilatados e poderão ser solicitados eventuais documentos complementares.

Documentos originais necessários para reembolso

Para obter o reembolso das despesas efetuadas fora da rede referenciada, é necessário apresentar a seguinte documentação:

- Documento comprobatório com a solicitação do procedimento médico;
- Conta discriminada das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as vias originais das notas fiscais ou faturas, quando o prestador de serviço for uma pessoa jurídica, ou recibos, quando o prestador de serviço for uma pessoa física;
- Vias originais dos recibos e comprovantes de pagamento dos honorários médicos, de assistentes e, se for o caso, de auxiliares e anestesistas em que devem constar os números do CRM, do CIC e do ISS e discriminação do serviço realizado;
- Relatório médico justificando o tratamento e o tempo de permanência do Beneficiário no hospital.

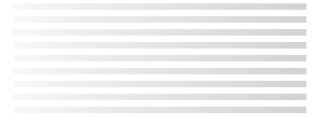
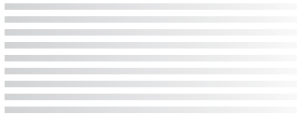
Data de Vigência do plano

A vigência do plano inicia-se no dia 1º do mês subsequente para os beneficiários Titulares e Dependentes inscritos até dia 15 de cada mês.

Inclusão de Beneficiário Dependente

Cônjuge ou companheiro (a), filhos (as) solteiros (as), adotivos (as) ou inválidos (as) de qualquer idade. Equipara-se ao filho (a), o enteado (a), mediante comprovação de casamento ou da união estável.

BENEFICIÁRIO	DOCUMENTOS NECESSÁRIOS
Titular	Cópia do Holerith
Cônjuge	Cópia da certidão de casamento, quando o sobrenome for diferente o do titular.
Companheiro (a)	Declaração com firma reconhecida do titular, conforme modelo Golden Cross
Filhos Solteiros	Cópia de Certidão de Nascimento e/ou Carteira de Identidade
Filhos adotivos solteiros	Cópia do documento oficial de adoção.



Transferência de plano:

Por se tratar de um contrato coletivo, não será aceita redução de categoria. A transferência para um plano de categoria superior somente será aceita no mês de aniversário do contrato, desde que a solicitação seja feita até o dia 15 (quinze) do mês anterior ao aniversário.

Como efetuar alterações cadastrais:

- Comparecimento pessoal do Beneficiário Titular ao escritório da PRIORITY SAÚDE, munidos dos documentos necessários para a alteração cadastral em questão, até o dia 15 (quinze) de cada mês.
- Ou envio de correspondência desde que o protocolo de recebimento da PRIORITY SAÚDE esteja dentro da data limite para alterações cadastrais. Os documentos enviados ficam sujeitos a conferência.

Pagamento

O valor deste benefício é calculado segundo os valores específicos das faixas etárias, de acordo com o plano contratado, acrescido de tarifa de cobrança bancária. Seu pagamento pode ser efetuado de acordo com a opção expressa autorizada pela empresa associada na ficha de adesão ao plano de saúde, a saber:

Débito automático em conta corrente, nos bancos conveniados ao sistema

Todo 5º dia útil

O beneficiário associado efetuará o pagamento do benefício a AIPESP, ficando este responsável em liquidar a fatura integral do grupo beneficiado junto à Golden Cross. Reitera-se que a manutenção do benefício está condicionada ao pagamento mensal por parte do beneficiário..

Como funciona o débito automático em conta corrente

Em caso de débito automático, o valor do benefício será debitado mensalmente na conta corrente bancária indicada e autorizada pelo beneficiário associado na ficha de adesão ao plano. Se, independentemente do motivo, o débito não for realizado, o beneficiário deverá dirigir-se à central de atendimento da PRIORITY SAÚDE para efetuar a quitação.

Alteração na cobrança

Para alterar os dados de conta bancária, o beneficiário associado deverá fornecer à PRIORITY SAÚDE toda e qualquer informação necessária, por escrito, até o dia 15 (quinze) do mês, para que a cobrança com os novos dados seja processada já no mês seguinte.

Atraso e inadimplência

Em caso de atraso no pagamento mensal, o valor da Mensalidade automaticamente sofrerá multa de 2% (dois por cento), além de acréscimos de 1% (um por cento) de juros ao mês.

A inadimplência por parte do beneficiário associado acarretará a suspensão dos benefícios outorgados pelo contrato; sendo que a falta de pagamento dentro do mês de vigência, implicará o cancelamento automático do benefício, isto é, a exclusão do Beneficiário Titular e seus Dependentes inscritos.

Ocorrendo a exclusão por inadimplência, o retorno ao contrato coletivo dependerá da quitação dos débitos que provocaram o cancelamento, além de haver a obrigatoriedade do cumprimento de todas as carências contratuais, independente do período anterior do Beneficiário no contrato coletivo.



Atenção

Em caso de cancelamento do plano de saúde, por se tratar de pré-pagamento, o atendimento e o próprio pagamento do benefício são devidos considerando-se integralmente o mês do cancelamento.

Reajustes

Independentemente da data de adesão de cada Beneficiário (Titular ou Dependente) ao referido contrato coletivo, o valor do benefício será reajustado nos 3 (três) casos a seguir, o que poderá ocorrer de forma cumulativa (parcial ou total) ou isolada.

1. Reajuste financeiro anual

O reajuste financeiro das mensalidades será anual, considerando a data do aniversário do contrato AIPESP com a Golden Cross independente da data de inscrição dos beneficiários e será sempre no mês de **julho** e terá por base a variação dos custos médicos e hospitalares (honorários médicos, diárias e taxas hospitalares, materiais, medicamentos, gases medicinais e outros), despesas comerciais, administrativas e gerais da Operadora, nos últimos 12 (doze) meses, considerando-se todos os contratos componentes da carteira dos planos coletivos contributários.

2. Reajuste por sinistralidade

Entende-se por sinistralidade a totalidade de receitas e despesas apuradas pela Operadora por todo e qualquer atendimento solicitado pelos Beneficiários, bem como o reembolso de despesas com atendimento, realizados em prestador de serviço não referenciado à Golden Cross.

Independente do reajuste financeiro das mensalidades, ocorrerá, semestralmente, revisão na taxa de sinistralidade do grupo beneficiado, visando à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do presente contrato. Caso a sinistralidade apresente variação percentual acima do parâmetro de 70% (setenta por cento), será efetuada a devida readequação de valores, que será cobrada na mensalidade do mês subsequente. A taxa de sinistralidade será obtida através da seguinte fórmula:

$$T = \frac{S}{P} \times 100 (\%)$$

Onde:

T = Taxa de sinistralidade

S = Taxa de sinistros do período analisado

P = Taxa de mensalidades do período analisado

Atenção

Para evitar esse tipo de reajuste, é fundamental que todos utilizem o plano de forma consciente, para a preservação dos interesses da coletividade.

3. Reajuste por mudança de faixa etária

Os valores do plano de saúde do contrato coletivo por adesão dos Beneficiários do Contratante serão reajustados da seguinte forma:

•Sempre que ocorrer alteração na idade do Beneficiário Titular ou do Beneficiário Dependente que signifique deslocamento para outra faixa etária, um novo valor de mensalidade será cobrado, a partir do mês seguinte ao que ocorreu a alteração, de acordo com os percentuais abaixo:

FAIXAS ETÁRIAS	PERCENTUAIS DE MUDANÇA
Aos 19 anos	34,82%
Aos 24 anos	1,00%
Aos 29 anos	8,00%
Aos 34 anos	1,00%
Aos 39 anos	20,76%
Aos 44 anos	36,70%
Aos 49 anos	26,42%
Aos 54 anos	5,00%
Aos 59 anos	84,33%

Conforme determinação contida na RN nº 63 da ANS, de 22 de dezembro de 2003



Informações adicionais

Perda do direito ao benefício

A Golden Cross AIS Ltda, independentemente da adoção de medidas judiciais aplicáveis contra o responsável por eventuais danos que lhe forem causados, não efetuará qualquer reembolso ou pagamento com base no plano contratado, caso haja, por parte do Beneficiário Titular ou dos Beneficiários Dependentes:

- A- Inexatidão, inclusive quanto à data do nascimento, ou omissão nas declarações fornecidas na ficha que tenham influído na aceitação do plano de saúde pela AIPESP ou de qualquer pagamento previsto na ficha.
- B- Fraude, tentativa de fraude ou dolo.
- C- Inobservância das obrigações contratuais.
- D- Declarações incompletas, equivocadas, errôneas ou imprecisas quanto ao estado de saúde e/ou doenças declaradas na DPS – Declaração Pessoal de Saúde.
- E- Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência efetuada em nome da Operadora na elucidação do evento ou das respectivas despesas.

Cancelamento do plano de saúde

No caso de cancelamento do plano de saúde, por qualquer motivo, os cartões de identificação do Beneficiário Titular, bem como os de seus Dependentes, deverão ser imediatamente devolvidos a AIPESP/ PRIORITY SAÚDE, que os inutilizará.

As despesas decorrentes de utilização efetuada pelo Beneficiário Titular e/ou seus Dependentes, após o efetivo cancelamento do plano de saúde, serão de total responsabilidade dos Beneficiários, sob pena de configurar-se a indevida utilização, sujeita às penalidades contidas na legislação pertinente.

Os custos dos atendimentos realizados indevidamente, apontados pela Operadora, serão repassados de forma integral ao Beneficiário Titular, podendo ser efetuado o débito na mesma conta corrente bancária indicada na ficha de adesão.

Recontratação do Plano de Saúde

Havendo o cancelamento do benefício, os Beneficiários cancelados somente poderão postular nova adesão após a aceitação da AIPESP, quitação de eventuais débitos anteriores e cumprimento de novas carências, independentemente do período de permanência anterior no plano de saúde.

Atenção

Todas as informações constantes desse manual estão sujeitas a alterações por força de Lei, normas regulamentares expedidas pelos órgãos competentes e ainda por alteração contratual entre a AIPESP e a Contratada.

Benefício opcional

Golden Med

O serviço tem como objeto garantir ao Beneficiário Titular e aos seus Dependentes incluídos no contrato a cobertura dos custos de atendimento médico domiciliar de urgência e emergência.

O atendimento médico domiciliar compreende:

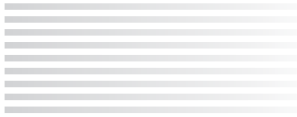
- a) Atendimento domiciliar de urgência e de emergência;
- b) Remoção em ambulância ou UTI móvel, por exclusiva decisão do médico do serviço de atendimento, do local onde se encontrar o Beneficiário para unidade de observação ou internação.

Emergência médica domiciliar

O atendimento médico domiciliar, será prestado durante 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias, e somente dentro da área geográfica de SP.

Goldental

O Goldental é um contrato de cobertura de custos, pela Golden Cross, das despesas com procedimentos de assistência odontológica, celebrado entre a AIPESP e a Golden Cross. Dessa forma, o beneficiário no momento da adesão ao plano de saúde Golden Cross - AIPESP pode optar pela Cobertura Odontológica, que é oferecida atualmente sem custo.



Área de abrangência do Atendimento

SÃO PAULO

Área de cobertura para CONTRATANTES domiciliados em:

São Paulo (capital):

Água Rasa, Alphaville, Alto de Pinheiros, Anhangüera, Aricanduva, Artur Alvim, Barra Funda, Bela Vista, Belém, Bom Retiro, Brás, Brasilândia, Butantã, Cachoeirinha, Cambuci, Campo Belo, Campo Grande, Campo Limpo, Cangaíba, Capão Redondo, Carrão, Casa Verde, Centro, Cidade Ademar, Cidade Dutra, Cidade Líder, Cidade Tiradentes, Consolação, Cursino, Ermelino Matarazzo, Freguesia do Ó, Grajaú, Guaianazes, Iguatemi, Ipiranga, Itaim Bibi, Itaim Paulista, Itaquera, Jabaquara, Jaguará, Jaguaré, Jd. América, Jd. Ângela, Jd. Helena, Jd. São Luís, José Bonifácio, Lajeado, Lapa, Liberdade, Limão, Mandaqui, Moema, Moóca, Morumbi, Osasco, Pacaembu, Parelheiros, Pari, Parque do Carmo, Pedreira, Penha, Perdizes, Perus, Pinheiros, Pirituba, Ponte Rasa, Raposo Tavares, República, Rio Pequeno, Sacomã, Santa Cecília, Santana, Santo Amaro, São Domingos, São Lucas, São Miguel, São Rafael, Sapopemba, Saúde, Sé, Socorro, Tatuapé, Tremembé, Tucuruvi, Vila Curuçá, Vila Formosa, Vila Guilherme, Vila Leopoldina, Vila Mariana, Vila Matilde, Vila Maria, Vila Medeiros e Vila Prudente.

Barueri: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura; Diadema: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura; Embu: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura; Guarulhos: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura; Mauá: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura; Osasco: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura; Ribeirão Pires: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura; Santo André: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura; São Bernardo do Campo: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura; São Caetano do Sul: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura; Taboão da Serra: todos os bairros reconhecidos pela Prefeitura.

Estão excluídos da cobertura os atendimentos a parturientes, salvo em situação de urgência e/ou emergência. O beneficiário principal somente poderá aderir ao disposto no presente Aditivo caso o faça para os dependentes incluídos no contrato.

Formas de Atendimento

O atendimento médico domiciliar será prestado durante 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias, e somente na área de abrangência listada anteriormente.

A Operadora fica eximida de responsabilidade sempre que ocorrerem ou sobrevierem hipóteses de caso fortuito ou força maior que impeçam ou retardem a chegada da equipe de atendimento ao local onde se encontrar o BENEFICIÁRIO, tais como congestionamento de trânsito, quedas de barreiras, locais de comprovada dificuldade de acesso, ou risco, ou que comprometam a vida ou a integridade física da equipe de atendimento.

Quando da solicitação do atendimento, o serviço de atendimento deverá ser informado da localização do Beneficiário ou seu Dependente, sua condição de saúde e o número de sua matrícula, constante na carteira de identificação fornecida pela Operadora.

O atendimento será considerado encerrado quando, a critério da Equipe de Atendimento, estiver estabilizada a crise de saúde que o motivou, ou no momento em que o Beneficiário ou seu Dependente der entrada na unidade de observação e/ou internação, passando o mesmo a ficar sob os cuidados e responsabilidade do médico da referida unidade hospitalar ou ambulatorial.

Pagamento e Reajuste

O valor da mensalidade referente ao Golden Med será acrescido à mensalidade do plano de saúde, mantido a mesma data de vencimento e reajuste.

GOLDENTAL

Condições do Benefício

Além das coberturas previstas pela Lei nº 9.656/98, que regulamenta os planos e seguros privados de assistência à saúde, a Golden Cross oferece, para este contrato coletivo, os seguintes benefícios especiais:



Goldental

O Goldental é um contrato de cobertura de custos, pela Golden Cross, das despesas com procedimentos de assistência odontológica, celebrado entre a AIPESP e a Golden Cross. Dessa forma, o beneficiário no momento da adesão ao plano de saúde Golden Cross - AIPESP pode optar pela Cobertura Odontológica, que é oferecida atualmente sem custo.

Plano oferecido

O benefício ora contratado é oferecido na seguinte modalidade:

Plano	Registro na ANS	Abrangência
OD-71 - Goldental 2, rede Master, sem co-participação	455.721/07-2	Nacional

Rede odontológica referenciada

Os beneficiários contam com uma qualificada rede referenciada de prestadores odontológicos (consultórios e clínicas especializadas), denominada Master, especialmente planejada para as suas necessidades e que oferece atendimento com abrangência nacional.

Para consultar a rede odontológica referenciada pela Golden Cross, os beneficiários têm à sua disposição os seguintes meios:

- Livro de rede odontológica
- Portal Golden Cross na Internet: www.goldencross.com.br
- Golden Fone – Central de Atendimento 24h Golden Cross:
4004-2001 (capitais e regiões metropolitanas*)
0800-728-2001 (demais localidades)
*DDDs 11, 21, 22, 31, 32, 51, 61, 71, 75, 77, 81, 85, 91 e 98.

Forma de utilização do plano odontológico

Para o atendimento odontológico na rede Master, é fundamental que o beneficiário apresente seu Cartão Goldental (Cartão de Identificação do plano odontológico) e sua cédula de identidade (RG). Se o beneficiário for menor de idade e não possuir sua própria cédula de identidade, os pais e/ou responsáveis deverão apresentar a cédula de identidade deles.

Os atendimentos fora da rede referenciada estão cobertos, neste plano odontológico, apenas para casos comprovados de urgência ou emergência, desde que ocorridos dentro do território nacional. Nesses casos, o reembolso será efetuado de acordo com as condições contratuais estabelecidas entre a AIPESP e a Golden Cross (veja o item "Reembolso", na página 25..

Procedimentos odontológicos cobertos pelo Goldental 2

Este plano odontológico prevê cobertura para os procedimentos indicados a seguir, observando-se as condições contratuais deste benefício.

COBERTURAS BÁSICAS

Diagnóstico:

1. Consulta inicial – consiste em anamnese, preenchimento de ficha clínica odontológica, diagnóstico das doenças e anomalias bucais do paciente, plano de tratamento e prognóstico.

Urgência e Emergência

1. Curativo em caso de hemorragia bucal – consiste na aplicação de hemostático e sutura no alvéolo dentário;
2. Curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose – consiste na abertura da câmara pulpar e remoção da polpa, obturação endodôntica ou núcleo existente;
3. Imobilização dentária temporária – procedimento que visa à imobilização de elementos dentais que apresentam alto grau de mobilidade, provocada por trauma;
4. Recimentação de peça protética – consiste na recolocação de peça protética;
5. Tratamento de alveolite – consiste na curetagem e limpeza do alvéolo dentário;
6. Colagem de fragmentos – consiste na recolocação de partes de dente que sofreu fratura, através da utilização de



- Material dentário adesivo;
7. Incisão e drenagem de abscesso extra-oral – consiste em fazer uma incisão na face e posterior drenagem do abscesso;
 8. Incisão e drenagem de abscesso intra-oral – consiste em fazer uma incisão dentro da cavidade oral e posterior drenagem do abscesso;
 9. Reimplante de dente avulsionado – consiste na recolocação do dente no alvéolo dentário e conseqüente imobilização;
 10. Remoção de obturação radicular

Radiologia

1. Radiografia Periapical – realizada com película periapical inteira ou cortada ao meio, ou ainda com película infantil, mesmo que realizada em adulto. As películas podem ser de 2,0x3,0 cm; 2,2x3,5 cm; 2,4x4,0 cm ou 3,0x4,0 cm;
2. Radiografia Bite-Wing – realizada com película periapical inteira ou cortada ao meio, ou ainda com película infantil, mesmo que realizada em adulto. As películas podem ser de 3,0x2,0 cm; 3,5x2,2 cm; 2,4x4,0 cm; 4,0x2,4 cm; 4,0x3,0 cm ou 5,3x2,6 cm; e
3. Radiografia Oclusal – realizada com película oclusal inteira, com filme simples ou duplo. As películas podem ser de 5,7x7,5 cm ou 5,7x7,6 cm.

Prevenção em saúde bucal

1. Orientação de Higiene Bucal – consiste em informar e motivar o consumidor quanto à necessidade de manter a higiene bucal, devendo ser fornecida orientação quanto:
 - a) aos métodos de higienização e seus produtos, tais como escovas dentais, fios dentais, cremes dentais e antisépticos orais, tanto no que diz respeito à qualidade quanto ao uso;
 - b) à cárie dental;
 - c) à doença periodontal;
 - d) ao câncer bucal, e;
 - e) à manutenção de próteses;
2. Evidenciação de placa bacteriana – consiste no uso de substâncias evidenciadoras, para identificação da presença de placa bacteriana;
3. Aplicação Tópica Profissional de Flúor – consiste na aplicação direta de produtos fluorados sobre a superfície dental, mantendo-os por determinado tempo, podendo ser feita com aplicadores ou moldeiras e sendo realizada somente após profilaxia;
4. Aplicação de Selante – consiste na aplicação de produtos ionoméricos, resinas fluidas, foto ou quimicamente polimerizadas, nas fóssulas e sulcos de dentes posteriores, decíduos e/ou permanentes;
5. Profilaxia - Polimento Coronário – consiste no polimento, através de meios mecânicos, da superfície coronária do dente.



Dentística

1. Restauração de 1 (uma) face – consiste em realizar manobras, para recuperar as funções de um dente que tenha sido afetado por cárie, traumatismo ou afecção estrutural, em uma face;
2. Restauração de 2 (duas) faces – consiste em realizar manobras, para recuperar as funções de um dente que tenha sido afetado por cárie, traumatismo ou afecção estrutural, em duas faces;
3. Restauração de 3 (três) faces – consiste em realizar manobras, para recuperar as funções de um dente que tenha sido afetado por cárie, traumatismo ou afecção estrutural, em três faces;
4. Restauração de 4 (quatro) faces – consiste em realizar manobras, para recuperar as funções de um dente que tenha sido afetado por cárie, traumatismo ou afecção estrutural, em quatro faces;
5. Restauração de Ângulo – consiste em realizar manobras, para recuperar as funções de um dente que tenha sido afetado por cárie, traumatismo ou afecção estrutural, em ângulo;
6. Restauração a Pino – consiste em fixar pinos, metálicos ou não, à coroa remanescente para que se possa confeccionar uma restauração com maior resistência e retenção;
7. Restauração de Superfície Radicular – consiste em realizar manobras, para recuperar as funções de um dente que tenha sido afetado por cárie, traumatismo ou afecção estrutural, na raiz.

Periodontia

1. Raspagem Supragengival, Alisamento e Polimento Coronário – consiste na remoção de induto e/ou cálculo supragengival, seguido de alisamento e polimento coronário (ausência de bolsa periodontal);
2. Raspagem, Supra e Subgengival Alisamento e Polimento Radicular – consiste na remoção de induto e/ou cálculo supra e subgengival, seguida de alisamento e polimento dentário radicular até 4 mm;
3. Curetagem de Bolsa Periodontal – consiste na remoção de fatores de retenção da placa subgengival (presença de bolsa periodontal, além de 4 mm de profundidade); e
4. Imobilização Dentária Temporária – consiste na imobilização de elementos dentais que apresentam alto grau de mobilidade, provocada por doença periodontal.

Endodontia

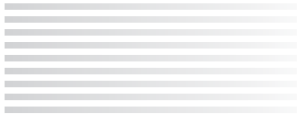
1. Pulpotomia – consiste em remover cirurgicamente a polpa coronária em dentes decíduos e/ou permanentes;
2. Remoção de Obturação Radicular – consiste em retirar o material obturador em conduto radicular;
3. Remoção de Núcleo Intra-Radicular – consiste em retirar o núcleo metálico da cavidade intra-radicular, com finalidade endodôntica ou protética;
4. Tratamento Endodôntico em Dentes Permanentes com 1 (um) Conduto – consiste em realizar manobra em dentes com um conduto radicular, realizando a abertura da câmara pulpar, remoção da polpa, preparo químico-mecânico e preenchimento do conduto com material próprio;
5. Tratamento Endodôntico em Dentes Permanentes com 2 (dois) Condutos – consiste em realizar manobra em dentes com dois condutos radiculares, independente do número de raízes, realizando a abertura da câmara pulpar, remoção da polpa, preparo químico-mecânico e preenchimento dos condutos com material próprio;
6. Tratamento Endodôntico em Dentes Permanentes com 3 (três) Condutos – consiste em realizar manobra em dentes com três condutos radiculares, independente do número de raízes, realizando a abertura da câmara pulpar, remoção da polpa, preparo químico-mecânico e preenchimento dos condutos com material próprio;
7. Tratamento Endodôntico em Dentes Permanentes com 4 (quatro) Condutos ou mais – consiste em realizar manobra em dentes com quatro ou mais condutos radiculares, independente do número de raízes realizando a abertura da câmara pulpar, remoção da polpa, preparo químico-mecânico e preenchimento dos condutos com material próprio;
8. Tratamento Endodôntico em Dentes Decíduos – consiste em remover a polpa coronária e radicular e preencher a câmara e condutos com material obturador;
9. Retratamento de Dentes Incisivos, Caninos, Pré-molares e Molares – consiste na remoção do material obturador do conduto radicular, preparo químico-mecânico quando indicado e seu preenchimento com material apropriado em dentes incisivos, caninos, pré-molares e molares.

Cirurgia

1. alveoloplastia - consiste em corrigir cirurgicamente alvéolos dentários após a realização de extrações múltiplas;



2. Apicectomia Unirradicular – consiste em remover cirurgicamente a zona patológica periapical, conservando o(s) dente(s) que lhe deu (deram) origem, seguida da ressecção do ápice radicular em uma raiz;
3. Apicectomia Birradicular – consiste em remover cirurgicamente a zona patológica periapical conservando o(s) dente(s) que lhe deu (deram) origem, seguida da ressecção do ápice radicular em duas raízes;
4. Apicectomia Trirradicular – consiste em remover cirurgicamente a zona patológica periapical, conservando o(s) dente(s) que lhe deu (deram) origem, seguida da ressecção do ápice radicular em três raízes;
5. Apicectomia Unirradicular com Obturação Retrógrada – consiste em remover cirurgicamente a zona patológica periapical, conservando o(s) dente(s) que lhe deu (deram) origem, seguida de ressecção do ápice radicular e ainda da obturação do forame apical em uma raiz;
6. Apicectomia Birradicular com Obturação Retrógrada – consiste em remover cirurgicamente a zona patológica periapical, conservando o(s) dente(s) que lhe deu (deram) origem, seguida de ressecção do ápice radicular e ainda da obturação do forame apical em duas raízes;
7. Apicectomia Trirradicular com Obturação Retrógrada – consiste em remover cirurgicamente a zona patológica periapical, conservando o(s) dente(s) que lhe deu (deram) origem, seguida de ressecção do ápice radicular e ainda da obturação do forame apical em três raízes;
8. Aumento de Coroa Clínica – consiste em expor a coroa dental, sempre acompanhada de rebaixamento ósseo;
9. Biopsia – consiste em remover cirurgicamente um fragmento de tecido, mole e/ou duro, para fins de exame anatomopatológico;
10. Cirurgia de Torus Mandibular Bilateral – consiste em remover cirurgicamente algumas formas de exostoses ósseas, na região da mandíbula;
11. Cirurgia de Torus Palatino – consiste em remover cirurgicamente algumas formas de exostoses ósseas, na região do palato;
12. Cirurgia de Torus Unilateral – consiste em remover cirurgicamente algumas formas de exostoses ósseas unilaterais;
13. Correção de Bridas Musculares – consiste em realizar uma incisão cirúrgica na região do sulcogengival;
14. Excisão de Mucocele – consiste em remover cirurgicamente lesão tumoral dos tecidos moles que se desenvolvem nas glândulas salivares da mucosa bucal, principalmente nos lábios;
15. Excisão de Rânula – consiste em remover cirurgicamente um tipo de cisto de retenção que ocorre especificamente no assoalho da boca, em relação aos condutos excretores das glândulas salivares, principalmente sublinguais;
16. Exodontia a Retalho – consiste em realizar extração dentária de dentes normalmente implantados que exijam abertura cirúrgica da gengiva;
17. Exodontia de Raiz Residual – consiste em realizar extração dentária da porção radicular de dentes que já não possuem a coroa clínica;
18. Exodontia Simples – consiste em realizar extração dentária de dentes normalmente implantados;
19. Exodontia Múltipla – consiste em remover cirurgicamente mais de um elemento dentário na mesma hemi-arcada, durante o mesmo tempo anestésico;
20. Gengivectomia – procedimento cirúrgico/periodontal que consiste na redução da bolsa supra-óssea. Indicada para bolsas acima de 3mm;
21. Redução Cruenta (fratura alvéolo-dentária) – consiste em reduzir o alvéolo por meio de técnica cirúrgica com exposição dos fragmentos ósseos fraturados, com contenção por meio rígido (cirurgia aberta);
22. Redução Incruenta (fratura alvéolo-dentária) – consiste em reduzir o alvéolo por meio de manobra bidigital, sem exposição dos fragmentos ósseos fraturados (cirurgia fechada);
23. Frenectomia Labial – consiste em realizar ressecção cirúrgica da hipertrofia do tecido fibro-mucoso presente na base do lábio, denominado hipertrofia de freio;
24. Frenectomia Lingual – consiste em realizar ressecção cirúrgica da hipertrofia do tecido fibro-mucoso presente na base da língua, denominado hipertrofia de freio;
25. Remoção de Dentes Retidos (inclusos ou impactados) – consiste em remover dentes cuja parte coronária está coberta por mucosa ou quando a totalidade do dente encontra-se no interior da porção óssea;
26. Sulcoplastia – consiste em realizar uma incisão cirúrgica na região do sulco gengival com a finalidade de aumentar a área chapeável para próteses;
27. Ulectomia – consiste em remover cirurgicamente a porção superior de um processo hipertrófico muco-gengival que normalmente envolve dentes não erupcionados;
28. Ulotomia – consiste em realizar incisão do capuz mucoso para que o dente permanente possa erupcionar.



Coberturas Adicionais

O plano Goldental 2 compreende, além das coberturas básicas, as coberturas adicionais, conforme listado a seguir.
Assistência Preventiva: É o conjunto de procedimentos que visam à promoção da saúde do paciente.

1. Controle de Placas Bacterianas

Cirurgia: É a especialidade que contempla o conjunto de procedimentos visando à intervenção cirúrgica, ambulatorial e sob anestesia local, em elementos dentários ou lesões bucais.

1. Exodontia de Decíduos
2. Econstrução do Sulco Gengivo-labial
3. Remoção Cirúrgica de Focos Residuais
4. Suturas na Mucosa Oral

Dentística Restauradora: É a especialidade que tem por objetivo a aplicação de procedimentos educativos, preventivos e restauradores, para preservar e devolver ao dente a forma, a função e a estética.

1. Capeamento Direto
2. Capeamento Indireto
3. Restauração em Resina Fotopolimerizável em Dentes Anteriores e Posteriores
4. Pinos de Retenção Dentinária

Endodontia: É a especialidade que tem por objetivo o tratamento e controle das alterações da polpa (tratamento de canal).

1. Remoção de Prótese e/ou Pinos Intra-radiculares
2. Remoção de Obturação Radicular.
3. Capeamento Pulpar
4. Pulpectomia
5. Tratamento da Odontalgia Aguda

Odontopediatria: É a especialidade que tem por objetivo a prevenção, diagnóstico, tratamento e controle das patologias bucais da criança, além da educação para a saúde bucal e da integração desses procedimentos com os dos outros profissionais da área de saúde.

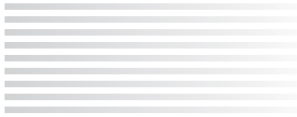
1. Restaurações em Resina Fotopolimerizável em Dentes Decíduos, Anteriores e Posteriores
2. pulpectomia em decíduo
3. pulpotomia em decíduo
4. restauração em amálgama
5. restaurações de ionômero de vidro

Periodontia: É a especialidade que tem por objetivo o estudo, diagnóstico, prevenção e tratamento das doenças da gengiva e estruturas de suporte.

1. Amputação Radicular com ou sem Obturação Retrógrada
2. Extensão de Vestíbulo
3. Gengivoplastia
4. Esplintagem Dentária com Resina Fotopolimerizável

Urgência e Emergência

1. Consulta de urgência
2. Capeamento indireto
3. Colagem de fragmentos
4. Desobturação de condutos
5. Exodontia de decíduo
6. Exodontia de permanente
7. Hemostasia
8. Pulpectomia
9. Pulpotomia
10. Raspagem (pericoronarite)



11. Recolocação de prótese
12. Remoção de obturação radicular
13. Restauração fotopolimerizável estética de anteriores
14. Sutura

Urgência Protética

1. remoção de restauração metálica ou coroa

Limitações do Tratamento Odontopediátrico

As coberturas previstas a seguir estarão sujeitas a determinados critérios técnico-odontológicos, sendo respeitadas as condições do plano contratado e obedecendo-se às seguintes especificações:

- a) A aplicação de selantes só estará coberta para BENEFICIÁRIO com até 15 (quinze) anos incompletos.
- b) A aplicação de cariostáticos só estará coberta para dentes decíduos.
- c) O condicionamento odontopediátrico (consulta de adaptação) só estará coberto para BENEFICIÁRIO com até 8 (oito) anos incompletos.

Urgência e emergência

Para fins de cobertura neste contrato, são consideradas ainda, como sendo de urgência e emergência, as seguintes coberturas adicionais:

1. Ajuste Oclusal
2. Capeamento Direto
3. Conserto de Prótese
4. Desobturação
5. Esplintagem
6. Exodontia com retalho
7. Mumificação Pulpar
8. Radiografia Periapical Simples
9. Raspagem (pericoronarite) por elemento
10. Recolocação de mantenedores de espaço
11. Remoção cirúrgica de raízes residuais intra-ósseas por elementos
12. Restauração fotopolimerizável classe III
13. Restauração fotopolimerizável classe IV
14. Sutura de feridas na mucosa oral
15. Ulotomia

Exclusões de Coberturas

Estão excluídas expressamente da cobertura do presente contrato, mesmo quando conseqüentes de urgências odontológicas e acidentes pessoais, as seguintes ocorrências:

1. Procedimentos em conseqüência de catástrofes, calamidades públicas ou outras que atinjam maciçamente a população, quando declaradas pela autoridade competente (guerra, revolução, atentado, contaminação com material nuclear ou radiação ionizante);
2. Custos com analgesia por óxido nitroso;
3. Despesas com atendimento odontológico domiciliar;
4. Exames laboratoriais de qualquer natureza;
5. Implantes, próteses para implantes e transplantes de qualquer natureza;
6. Procedimentos com metais preciosos;
7. Procedimentos decorrentes de acidentes de trabalho de qualquer natureza;
8. procedimentos e exames que não estejam especificamente descritos nas garantias deste contrato e que não constem expressamente no Rol de Procedimentos Odontológicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS;



9. Procedimentos para correções exclusivamente estéticas de qualquer natureza;
10. Remoções do BENEFICIÁRIO;
11. Todos os procedimentos odontológicos durante o respectivo período de carência, excetuando-se as situações de urgência e emergência;
12. Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos ou materiais não reconhecidos por órgão oficial governamental;
13. Tratamento ortodôntico e documentação;
14. Os casos ortodônticos cirúrgicos;
15. Consultas ou tratamentos com Fonoaudiólogo, Médico Otorrinolaringologista, Psicólogo, ou profissionais afins, mesmo que indicadas pelo Cirurgião-dentista;
16. Acessórios estéticos; e
17. Radiografia panorâmica e exame radiodôntico ou periapical completo.

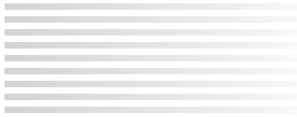
Carências

Os beneficiários deste plano odontológico deverão cumprir os prazos de carência indicados a seguir:

PROCEDIMENTOS (Coberturas Básicas)	PRAZOS DE CARÊNCIA
CIRURGIA: <ol style="list-style-type: none">1. Exodontia a retalho2. Exodontia de decíduos3. Exodontia de raiz residual4. Exodontia múltipla5. Exodontia simples6. Remoção cirúrgica de focos residuais7. Sutura na mucosa oral	24 horas
DIAGNÓSTICO: <ol style="list-style-type: none">1. Consulta inicial	
ENDODONTIA: <ol style="list-style-type: none">1. Pulpotomia2. Remoção de obturação radicular3. Remoção de núcleo intra-radicular	
RADIOLOGIA: <ol style="list-style-type: none">1. Radiografia periapical	
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: <ol style="list-style-type: none">1. Colagem de fragmentos2. Curativo em caso de hemorragia bucal3. Curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose4. Imobilização dentária temporária5. Incisão e drenagem de abscesso extra-oral6. Incisão e drenagem de abscesso intra-oral7. Recimentação de peça protética8. Reimplante de dente avulsionado9. Tratamento de alveolite	



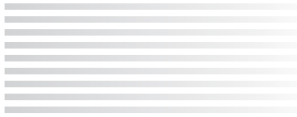
PROCEDIMENTOS (Coberturas Básicas)	PRAZOS DE CARÊNCIA
ASSISTÊNCIA PREVENTIVA: 1. Controle de placas bacterianas	60 dias
PERIODONTIA 1. Raspagem supra e subgengival, alisamento e polimento radicular 2. Raspagem supragengival alisamento e polimento coronário	
PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL 1. Aplicação de selante 2. Aplicação tópica profissional de flúor 3. Evidenciação de placa bacteriana 4. Orientação de higiene bucal 5. Profilaxia – polimento coronário	
RADIOLOGIA: 1. Radiografia bite-wing 2. Radiografia oclusal	
DENTÍSTICA: 1. Restauração de 1 (uma) face 2. Restauração de 2 (duas) faces 3. Restauração de 3 (três) faces 4. Restauração de 4 (quatro) faces 5. Restauração de ângulo 6. Restauração a pino 7. Restauração de superfície radicular	90 dias



PROCEDIMENTOS (Coberturas Básicas)	PRAZOS DE CARÊNCIA
<p>CIRURGIA:</p> <ol style="list-style-type: none">1 - Alveoloplastia2 - Apicetomia birradicular3 - Apicetomia trirradicular4 - Apicetomia unirradicular5 - Apicetomia unirradicular com obturação retrógrada6 - Apicetomia birradicular com obturação retrógrada7 - Apicetomia trirradicular com obturação retrógrada8 - Aumento de coroa clínica9 - Biópsia10 - Correção de bridas musculares11 - Cirurgia de torus mandibular bilateral12 - Cirurgia de torus palatino13 - Cirurgia de torus unilateral14 - Excisão de mucocele15 - Excisão de rânula16 - Frenectomia labial17 - Frenectomia lingual18 - Gengivectomia19 - Redução cruenta (fratura alvéolo-dentária)20 - Redução incruenta (fratura alvéolo-dentária)21 - Remoção de dentes retidos (inclusos ou impactados)22 - Sulcoplastia23 - Ulectomia24 - Ulotomia	60 dias
<p>ENDODONTIA:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Tratamento endodôntico em dentes permanentes com 1 (um) conduto2. Tratamento endodôntico em dentes permanentes com 2 (dois) condutos3. Tratamento endodôntico em dentes permanentes com 3 (três) condutos4. Tratamento endodôntico em dentes permanentes com 4 (quatro) condutos ou mais5. Tratamento endodôntico em dentes decíduos6. Retratamento de dentes incisivos, caninos, pré-molares e molares	
<p>PERIODONTIA:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Curetagem de bolsa periodontal	



PROCEDIMENTOS (Coberturas Básicas)	PRAZOS DE CARÊNCIA
DENTÍSTICA RESTAURADORA: 1. Capeamento indireto	24 horas
ENDODONTIA: 1. Remoção de prótese e/ou pinos intra-radulares 2. Pulpectomia 3. Tratamento da odontalgia aguda	
ODONTOPEDIATRIA: 1. Pulpectomia em decíduo 2. Pulpotomia em decíduo	
PERIODONTIA: 1. Esplintagem dentária com resina fotopolimerizável	
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: 1. Ajuste oclusal 2. Capeamento indireto 3. Colagem de fragmentos 4. Conserto de prótese 5. Consulta de urgência 6. Desobturação de condutos 7. Exodontia de decíduo 8. Exodontia de permanente 9. Hemostasia 10. Pulpectomia 11. Pulpotomia 12. Raspagem (pericoronarite) 13. Recolocação de prótese 14. Restauração fotopolimerizável estética de anteriores 15. Sutura	
URGÊNCIA PROTÉTICA: 1. Remoção de restauração metálica ou coroa	
DENTÍSTICA RESTAURADORA: 1. Capeamento direto 2. Restauração em resina fotopolimerizável em dentes anteriores e posteriores 3. Pinos de retenção dentinária 4. Restauração em amálgama 5. Restauração em ionômero de vidro	90 dias
ENDODONTIA: 1. Capeamento pulpar	
ODONTOPEDIATRIA: 1. Rest. em resina fotopolimerizável em dentes decíduos, anteriores e posteriores 2. Restaurações em amálgama em decíduos 3. Restaurações em ionômero de vidro	
CIRURGIA: 1. Reconstrução do sulco gengivo-labial	180 dias
PERIODONTIA: 1. Amputação radicular com ou sem obturação retrógrada 2. Extensão de vestíbulo 3. Gengivoplastia	



ATENÇÃO:

Os prazos de carências serão contados a partir da data de assinatura da ficha de adesão de cada beneficiário e sua respectiva entrega à Golden Cross, para fins de cadastro. Estão excluídas de todo e qualquer prazo de carência da cobertura odontológica as admissões de beneficiários advindos de planos similares de empresas congêneres e que tenham, no mínimo, 06 (seis) meses de contribuição no plano anterior.

Reembolso

Reembolso é o ressarcimento das despesas odontológicas cobertas, realizadas pelo beneficiário titular ou por seu(s) beneficiário(s) dependente(s), com profissionais ou em estabelecimentos que não façam parte da rede referenciada pela Golden Cross para este plano. O beneficiário só terá direito ao reembolso das despesas odontológicas nos casos comprovados de urgência ou emergência, desde que ocorridos dentro do território nacional. O reembolso será efetuado, nesses casos, de acordo com as condições contratuais estabelecidas entre a AIPESP e a Golden Cross.

Tabela de Múltiplos de Reembolso

CATEGORIAS	CIRURGIA ORAL	CONSULTAS	DENTÍSTICA RESTAURADORA	ENDODONTIA	PERIODONTIA	PREVENÇÃO
GOLDENTAL 2	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0

Os reembolsos previstos acima serão feitos de acordo com a Tabela Básica de Honorários Odontológicos Golden Cross, registrada em Cartório de Registro de Títulos e Documentos da Cidade do Rio de Janeiro.

Documentação necessária

Para todas as solicitações de reembolso de despesas cobertas por este benefício, É preciso apresentar relatório odontológico, contendo:

- descrição do serviço realizado, com preços por unidade, número e face do elemento dentário ou região oral em que o tratamento foi realizado;
- data e hora do atendimento.

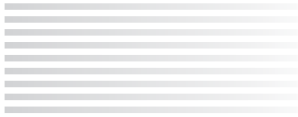
Para o reembolso de atendimentos realizados por um profissional Pessoa Física, deverá ser apresentado também o recibo, contendo:

- nome do beneficiário paciente;
- número de registro do profissional no Conselho Regional de odontologia (CRO);
- Cadastro de Pessoa Física (CPF) do profissional;

Para reembolso de atendimentos realizados por um profissional Pessoa Jurídica, deverá ser apresentada também a Nota Fiscal, contendo: Discriminação da cobrança realizada.

Atenção

Os documentos devem ser apresentandos no original e devem conter o(s) carimbo(s) do(s) prestador (es) do serviço, com o nome, a especialidade e o CRO do(s) dentista(s).



Prazo para reembolso

O prazo máximo para reembolso é de até 30 dias (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela Golden Cross. O valor do reembolso será depositado na conta-corrente bancária informada pelo proponente titular na ficha de adesão ao contrato coletivo. Caso não haja tal informação, o valor do reembolso ficará disponível, por 30 (trinta) dias, em qualquer agência do Banco Real devendo ser retirado mediante apresentação do documento de identidade do beneficiário titular e do cartão de identificação da operadora. Caso o beneficiário necessite de um cálculo prévio do valor a ser reembolsado e da data aproximada do reembolso, a Central de Atendimento 24 horas Golden Cross (Golden Fone) poderá prestar essa informação, no prazo de 2 (dois) a 3 (três) dias. O valor informado no cálculo prévio poderá sofrer alterações, em função do relatório do dentista e de recibos apresentados posteriormente.

Como solicitar reembolso

Reuna os documentos originais necessários, listados na página 25 e escolha uma das opções a seguir.

COM A GOLDEN CROSS

Use o auto-atendimento Golden Cross, disponíveis nas principais cidades do Brasil, em diversas agências do Banco Real. Os endereços das agências referenciadas do Banco Real encontram-se disponíveis no site www.goldencross.com.br ou no setor AIPESP.

COM A AIPESP

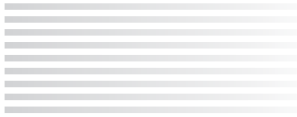
Entregue a documentação, pessoalmente ou por carta registrada (AR), à Central de Atendimento Pessoal da PRIORITY SAÚDE.

Av. Ipiranga, 344 - 4º andar - conj. 42
Centro - São Paulo SP - CEP: 01046-926

No caso de entrega por carta registrada, os documentos ficam sujeitos a conferência.

Orientações importantes para utilização do seu plano odontológico

- Em hipótese alguma empreste seu cartão ou o de seus Dependentes - ele é individual e intransferível;
- Roubo ou perda do cartão deverá ser imediatamente comunicado à AIPESP/PRIORITY SAÚDE;
- Jamais assine guias em branco ou guias de procedimentos não realizados;
- Caso não possa comparecer no dia e hora da consulta, entre em contato para desmarcar;
- Confira a data e os serviços marcados na guia de serviços apresentada pelo profissional. Depois de conferir, você pode assiná-la;
- Consulte na área de atendimento PRIORITY SAÚDE, se existem condições particulares vinculadas ao contrato firmado com a AIPESP.



Dicas para um sorriso saudável

Os cuidados com os seus dentes são essenciais para sua saúde bucal. Siga essas dicas de Prevenção, com informações sobre como cuidar de seus dentes e de sua gengiva:

Sempre escove os dentes após cada refeição e antes de dormir. Com a diminuição da saliva o ácido produzido pelas bactérias atacam mais os seus dentes;

- Lembre-se que a língua também deve ser escovada;
- Não esqueça de usar o fio dental. Ele alcança as áreas entre os dentes, que a escova não atinge;
- Escolha pastas com flúor, pois ele fortalece o esmalte dos dentes;
- A higiene bucal em crianças deve começar antes mesmo que os primeiros dentes apareçam;
- Diminua o consumo de alimentos com muito açúcar. Eles são grandes causadores de cáries;
- Não fumar e ter uma alimentação balanceada também evita o aparecimento de doenças bucais;
- Procure seu dentista de 6 em 6 meses.

Dicas para os associados que utilizam aparelho Ortodôntico

Para as pessoas que usam aparelhos ortodônticos os cuidados devem ser redobrados. Os aparelhos ortodônticos, fixo ou móvel, aumentam as chances do desenvolvimento das cáries e gengivites.

Escove seus dentes e o aparelho fixo, pelo menos três vezes ao dia, (especialmente após cada refeição);

- Faça uso do fio dental pelo menos uma vez ao dia e sempre antes de dormir;
- Use enxaguatório bucal com flúor, conforme indicação do seu dentista, para ajudar na redução do risco de cáries;
- Leve sempre escova de dentes e fio dental com você, de modo que você possa limpar seus dentes, mesmo estando fora de casa;
- Escove cautelosamente as áreas da gengiva, cobertas pelo seu aparelho móvel. Isso inclui a parte superior da boca, caso use aparelho móvel nos dentes superiores;
- Utilizando pasta e uma escova de dentes, limpe seu aparelho móvel, enxaguando-o posteriormente, com bastante água;
- Visite sempre seu dentista, para que ele faça exames regulares;
- Evite lanches açucarados frequentes, especialmente alimentos viscosos que podem danificar seu aparelho fixo e aumentar o risco de cáries.

Dicas para os Associados que utilizam Prótese Dentária

As pessoas portadoras de prótese dentária necessitam de cuidados especiais. Alguns recursos são indispensáveis, tais como:

- O auto-exame periódico para verificar se existem feridas na cavidade oral de difícil cicatrização e / ou pontas de dentes que possam furar ou cortar a língua e as bochechas;
- Utilização diária do fio dental com o passa fio, escovas interdentais, escovas bitufo ou unitufo, conforme orientação de seu dentista;
- Evitar o fumo e o excesso de bebidas alcólicas. O consumo excessivo pode comprometer a língua, lábios, garganta, bem como a saúde bucal como um todo;
- Pessoas que possuem problemas periodontais precisam estar sob controle assíduo de um dentista.

"Seu sorriso é muito importante para nós. Visite seu dentista regularmente!"

