

GARANTIA SAÚDE – INDIVIDUAL/FAMILIAR
CONTRATE AQUI 95956-2748

Faixa Etária	INDIVIDUAL		FAMILIAR	
	Enfermaria	Apartamento	Enfermaria	Apartamento
00 a 18	179,00	250,00	170,00	237,00
19 a 23	187,00	262,00	178,00	249,00
24 a 28	187,00	262,00	178,00	249,00
29 a 33	187,00	262,00	178,00	249,00
34 a 38	219,00	306,00	209,00	290,00
39 a 43	242,00	339,00	230,00	322,00
44 a 48	285,00	390,00	270,00	375,00
49 a 53	290,00	410,00	276,00	390,00
54 a 58	320,00	470,00	305,00	447,00
59 a +	420,00	590,00	420,00	590,00

49 a 59 anos ou mais, plano Sênior, Condições Especiais por Tempo Limitado

TAXA DE INSCRIÇÃO POR CONTRATO

R\$ 20,00

CONVENIOS MEDICOS GARANTIA SAUDE INDIVIDUAL E FAMILIAR

- Preencher todos os campos da proposta;
 - Anexar cópias: RG, CPF, comprovante de endereço e cartão do SUS;
 -
 - Não há necessidade de comprovar grau de parentesco;
 - Internações clínicas e cirúrgicas somente no Hospital de Clínicas Jardim Helena.
 - Menores com até 07 anos (inclusive) e maiores de 59 anos de idade, deverão passar por entrevista qualificada.
- Tabela de valores individual

NÃO ACEITAMOS REDUÇÃO DE CARÊNCIA

Vigência da Proposta

Data da Venda	01 a 05	06 a 10	11 a 15	16 a 20	21 a 25	26 a 31
Vigência	10	15	20	25	30	05
Venc.	10	15	20	25	30	05

REDE CREDENCIADA

<p>ZONA LESTE HOSPITAL JARDIM HELENA HOSPITAL ITAQUERA HOSPITAL SANTA CLARA HOSPITAL 8 DE MAIO HOSPITAL SANTO EXPEDITO</p> <p>ZONA OESTE HOSPITAL PORTINARI HOSPITAL JARDINS</p> <p>ZONA NORTE HOSPITAL PRESIDENTE</p> <p>GUARULHOS CASA DE SAÚDE GUARULHOS HOSPITAL STELLA MARIS</p>	<p>ALTO TIETÊ HOSPITAL PRÓ-MATER – FERRAZ</p> <p>SANTA CASA DE MOGI DAS CRUZES</p> <p>MATERNAL BABY CARE</p> <p>CENTRO MEDIGO SÃO LUCAS</p> <p>LABORATÓRIOS DIMAGEM ENDOMAX LABORAMEDI NASA SANITAS</p>
---	---

OBSERVAÇÕES

IMPORTANTE!
AS INFORMAÇÕES DE PREÇOS, CARÊNCIA, REDE, ETC, CONTIDAS NESTA TABELA,
PODEM SOFRER ALTERAÇÕES A QUALQUER MOMENTO.

WWW.PLANOSDESAUDES.PNET.BR

**GARANTIA SAÚDE SÊNIOR – INDIVIDUAL/FAMILIAR
TELEFONE 95956-2748**

	INDIVIDUAL		FAMILIAR			
Faixa Etária	Enfermaria	Apartamento	Enfermaria	Apartamento		
49 a 53	290,00	410,00	276,00	390,00		
54 a 58	320,00	470,00	305,00	447,00		
59 a +	420,00	590,00	420,00	590,00		
TAXA DE INSCRIÇÃO POR CONTRATO						
R\$ 20,00						
PLANO GARANTIA SAUDE INDIVIDUAL E FAMILIAR						
- Preencher a proposta; - Anexar cópias: RG, CPF, cartão do SUS e comprovante de endereço do titular; - Não há necessidade de comprovar grau de parentesco; - Internações clínicas e cirúrgicas somente no Hospital de Clínicas Jardim Helena.						
NÃO ACEITAMOS REDUÇÃO DE CARÊNCIAS.						
Vigência da Proposta						
Data da Venda	01 a 05	06 a 10	11 a 15	16 a 20	21 a 25	26 a 31
Vigência	10	15	20	25	30	05
Venc.	10	15	20	25	30	05
REDE CREDENCIADA						
ZONA LESTE HOSPITAL JARDIM HELENA HOSPITAL ITAQUERA HOSPITAL SANTA CLARA HOSPITAL 8 DE MAIO HOSPITAL SANTO EXPEDITO ZONA OESTE HOSPITAL PORTINARI HOSPITAL JARDINS ZONA NORTE HOSPITAL PRESIDENTE		GUARULHOS CASA DE SAÚDE GUARULHOS HOSPITAL STELLA MARIS LABORATÓRIOS DIMAGEM ENDOMAX LABORAMEDI NASA SANITAS				
OBSERVAÇÕES						
IMPORTANTE! AS INFORMAÇÕES DE PREÇOS, CARÊNCIA, REDE ETC, CONTIDAS NESTA TABELA, PODEM SOFRER ALTERAÇÕES A QUALQUER MOMENTO. CENTRAL DE VENDAS (11) 95956-2748						
www.planosdesaude.sp.net.br garantia plano de saude						

CARÊNCIA PLANO GARANTIA SAUDE

- A operadora não realizará redução de carência, todos os beneficiários serão cadastrados com as carências contratuais normais.
-

PERIODO	COBERTURAS / RESUMO DE CARÊNCIAS
24 horas	Acidentes Pessoais, Urgência e Emergência no hospital de Clínicas Jardim Helena.
30 dias	Consultas médica eletivas, exames em regime ambulatorial, de análises clínicas em: bioquímica, hematologia, fezes, urina, radiologia simples (não contrastada), eletrocardiograma.
90 dias	Procedimentos/ eventos realizados em regime ambulatorial de: fisioterapia, audiometria, teste ergométrico, exames e testes alergológicos, mapeamento de retina, eletroencefalograma.
120 dias	Demais exames de análises clínicas, cirurgia ambulatorial de porte zero, exames de anatomia patológica e citopatológico, mamografia, exames endoscópicos (cistoscopia, colonoscopia, broncoscopia, retossigmoidoscopia, endoscopia, esofagogastroduodenoscopia, laringoscopia) papanicolau, ultrassonografia, densitometria óssea, exames cardiológicos, exames radiológicos contrastados.
150 dias	Amniocenteses, laparoscopia diagnóstica, monitoragem fetal, videolaparoscopia, fotocoagulação, radiologia intervencionista (TC, RNM) exames oftalmológicos, exames angiológicos de Doppler, fluxometria.
180 dias	Demais exames e serviços de diagnósticos e tratamentos, internações clínicas e cirúrgicas nas diversas especialidades médicas.
300 dias	Parto a termo (parto no período normal de gestação)
720 dias	CPT – Doenças e lesões preexistentes.

CONVÊNIOS MÉDICOS EMPRESARIAL GARANTIA SAÚDE

GARANTIA SAÚDE - PME REDE CREDENCIADA PLANO GARANTIA SAUDE EMPRESARIAL			
PME 03 A 29 VIDAS COM CNPJ			
FAIXA ETÁRIA	ENFERMARIA	APARTAMENTO	
00 a 18	108,00	162,00	
19 a 23	128,00	174,00	
24 a 28	138,00	192,00	
29 a 33	145,00	198,00	
34 a 38	165,00	216,00	
39 a 43	185,00	240,00	
44 a 48	210,00	310,00	
49 a 53	225,00	348,00	
54 a 58	310,00	450,00	
59 a +	400,00	550,00	
QUEM PODE ADERIR AO PLANO:			
<ul style="list-style-type: none"> - Empresas que possuam de 03 a 29 beneficiários sendo: sócios, funcionários, com vínculo empregatício e seus dependentes legais, cônjuges, a companheira, o companheiro, filho(a) natural ou adotivo(a), solteiro(a) com idade inferior a 21 anos (24 anos cursando faculdade), e o filho inválido(a) de qualquer idade. Equiparam-se aos filho(a)s o(a)s enteado(a)s menos que esteja sob tutela/curatela do beneficiário titular; - O número mínimo de adesões para aceitação do contrato é de 3 beneficiários, sendo, 1 beneficiário titular com vínculo empregatício e 2 dependentes; - Não será permitida a inclusão de funcionário(s) afastado(s) do trabalho 			
DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA ACEITAÇÃO XEROX			
<ul style="list-style-type: none"> - Cópia da última versão do contrato social e/ou estatuto social; - RG e CPF dos sócios; - Cópia do cartão do CNPJ; - Relação e cópia da guia de recolhimento do FGTS; - Ficha de registro / contrato de trabalho. - Titular/Dependente: cópia RG, CPF e cartão do SUS. 			
VIGÊNCIA DA PROPOSTA			
Data da Venda	01 a 05	06 a 10	11 a 15
	16 a 20	21 a 25	26 a 31

Vigência	10	15	20	25	30	05
Vencimento	10	15	20	25	30	05
*Internações clínicas e cirúrgicas somente no Hospital de Clínicas Jardim Helena *Preencher todos os campos da proposta, declaração de saúde e movimentação (inclusão)						
REDE CREDENCIADA						
ZONA LESTE HOSPITAL JARDIM HELENA HOSPITAL ITAQUERA HOSPITAL SANTA CLARA HOSPITAL 8 DE MAIO HOSPITAL SANTO EXPEDITO ZONA OESTE HOSPITAL PORTINARI HOSPITAL JARDINS ZONA NORTE HOSPITAL PRESIDENTE GUARULHOS CASA DE SAÚDE GUARULHOS HOSPITAL STELLA MARIS			ALTO TIETÊ HOSPITAL PRÓ-MATER – FERRAZ SANTA CASA DE MOGI DAS CRUZES MATERNAL BABY CARE CENTRO MEDIGO SÃO LUCAS LABORATÓRIOS DIMAGEM ENDOMAX LABORAMEDI NASA SANITAS			
OBSERVAÇÕES						
IMPORTANTE! AS INFORMAÇÕES DE PREÇOS, CARÊNCIA, REDE, ETC, CONTIDAS NESTA TABELA, PODEM SOFRER ALTERAÇÕES A QUALQUER MOMENTO.						
TEL 95956-2748						