

Planos de saúde garantia saúde Empresarial | Convenios Medicos garantia saúde Empresarial | Tabela garantia saúde empresarial.

Tel:(11)4107-2290/cel:(11)98790-6377-TIM * Whatsapp 95394-4382.

Planos de saúde Garantia saúde Empresarial-Convênios Médicos garantia saúde empresarial,,Tabela de Preços do Plano de saúde garantia saúde empresarial site da garantia saúde empresarial e você encontra Informações e valores tabela rede credenciada,rede médica coberturas adicionais,opcionais,prazos de carencias coberturas do plano de saúde em clinicas,hospitais e laboratórios consulte preço em nossa corretora de plano de saúde da garantia saúde empresarial temos as melhores opções de Convênio Médico garantia saúde empresarial bom a barato faça aqui sua cotação online:

TABELA 2017 ATUALIZADA NO MOMENTO.

PLANOS DE SAUDE GARANTIA SAÚDE EMPRESARIAL-CONVÊNIO MÉDICO GARANTIA SAUDE EMPRESARIAL-TABELA GARANTIA SAUDE EMPRESARIAL.		
ÚLTIMA ALTERAÇÃO: 05/04/2016 – ALTERADO VALORES, REGRAS e REDE CREDENCIADA		
PME 03 A 29 VIDAS		
TAXA DE ADESÃO = 20% DA FATURA		
FAIXA ETÁRIA	ENFERMARIA	APARTAMENTO
00 a 18	89,00	135,00
19 a 23	94,00	145,00
24 a 28	105,00	160,00
29 a 33	110,00	165,00
34 a 38	120,00	180,00
39 a 43	140,00	200,00
44 a 48	170,00	250,00
49 a 53	205,00	290,00
54 a 58	290,00	400,00
59 a +	390,00	520,00
PERÍODO APÓS VIGÊNCIA	COBERTURAS/RESUMO DE CARÊNCIAS	
24 horas	* Atendimento Urgência / Emergência / Acidente Pessoal	
30 dias	* Consultas Médicas Eletivas / Exames e procedimentos realizados em regime ambulatorial / Análises Clínicas (exceto DNA, HIV , Hormonais , e Gasometria) / Eletrocardiograma / pequenos curativos em P.S .	
60 dias	* Fisioterapia / Papanicolau / Radiologia Simples / Aminocentese ; Exames simples de Oftalmologia (motilidade ocular , fundoscopia , tonometria de aplanção) Cauterização do colo uterino / lavagem de ouvido / remoção de cerumen	
90 dias	* Demais exames laboratoriais / Exames de Anatomia Patológica / Colpocitologia / Espirometria / Liquor / Eletroencefalograma / Tocardiografia / Ultrassonografia (exceto morfológico)/Eletroneuromiografia / Colposcopia / Vulvoscopia, Peniscopia, Radiologia Contrastada / Radiomunoinsaio	
120 dias	* Testes e Provas Alérgicas / Exames especiais em oftalmologia / Audiometria e Impedanciometria / Endoscopia Digestiva Alta e Baixa / Endoscopia Respiratoria / Endoscopia Urológicas/ Holter / Mamografias / Fluxometria / MAPA / Retinografias / Eletrococleografia / Tomografias Computarizada / Demais Ultrassom, Cirurgia porte zero	
150 dias	* I Exames e Procedimentos especiais : Ressonância Magnética, Cineangiocoronariografia / Angioplastia / Diálise e Hemodialise / Internações Clínicas e Cirúrgica (exceto cardíaca, Neurológica , Obesidade mórbida, Transplante de rins córneas e Autólogos de medula, internação infectocontagiosa inclusive AIDS e suas conseqüências)	
180 dias	* Internações Clínicas e Cirúrgica (exceto parto)	
300 dias	* Parto a Termo	
720 dias	* Doenças e Lesões Pré existentes	

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)

*Inserir no contrato o número da respectiva Proposta e entregar na GS no Máximo em 72 horas após a data da venda

QUEM PODE ADERIR AO PLANO:

- 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

- 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.

REDE CREDENCIADA	
<p>ZONA LESTE</p> <p>HOSPITAL JARDIM HELENA MASTERCLIN HOSPITAL ITAQUERA HOSPITAL SÃO CARLOS HOSPITAL 8 DE MAIO HOSPITAL SANTO EXPEDITO</p> <p>ZONA OESTE</p> <p>HOSPITAL PORTINARI HOSPITAL JARDINS</p> <p>ZONA NORTE</p> <p>HOSPITAL PRESIDENTE</p> <p>ZONA SUL</p> <p>HOSPITAL DOM ANTONIO ALVARENGA</p> <p>GUARULHOS</p> <p>CASA DE SAÚDE GUARULHOS HOSPITAL STELLA MARIS HOSPITAL UNIMED (ANTIGO HOSP. PIO XII) HOSPITAL UNIMED II (ANTIGO HOSP. BRASIL)</p> <p>ABC</p> <p>HOSPITAL CENTRAL (SCS)</p>	<p>ALTO TIETÊ</p> <p>SANTA CASA – SUZANO HOSPITAL PRÓ-MATER – FERRAZ HOSPITAL GABRIEL CIANFLONE – SANTA ISABEL SANTA CASA DE MOGI DAS CRUZES MATERNAL BABY CARE CENTRO MEDIGO GS</p> <p>LABORATÓRIOS</p> <p>DELIBERATO DIGIMAGEM ENDOMAX GIMI DIAGNÓSTICOS LABORAMEDI NASA SANITAS SCHMILLEVITCH</p>
OBSERVAÇÕES	

PREÇOS SUJEITOS A ALTERAÇÃO SEM PRÉVIO AVISO DA OPERADORA -

O RESUMO CONTIDO NESTA TABELA SERVE APENAS PARA FACILITAR A VENDA.

PODENDO SOFRER ALTERAÇÃO PELA OPERADORA. - MAIS INFORMAÇÕES VIDE ORIENTADOR.

AREA DE ABRANGENCIA DE PLANOS DE SAUDE GARANTIA SAUDE EMPRESARIAL EM SÃO PAULO,ZONA LESTE,ZONA OESTE,ZONA NORTE,ZONA SUL,ZONA CENTRO,GRANDE SÃO PAULO,CAPITAL,ARUJÁ,ITAQUAQUECETUBA,SANTA ISABEL,MOGI DAS CRUZES,SUZANO,POÁ,FERRAZ DE VASCONCELOS,GUARULHOS,RIO GRANDE DA SERRA,RIBEIRAO PIRES,SANTO ANDRE,SÃO BERNARDO DO CAMPO,SÃO CAETANO DO SUL,DIADEMA,EMBU DAS ARTES,EMBU GUAÇU,ABCDMR,ALTO DO TIÊTE,ITAPECERICA DA SERRA,SÃO LOURENÇO DA SERRA,TABOAO DA SERRA,JUQUITIBA,COTIA,ITAPEVI,JANDIRA,BARUERI,SANTANA DE PARNAIBA,ALPHAVILLE,CARAPICUIBA,OSASCO,CAIEIRAS,FRANCISCO MORATO,FRANCO DA ROCHA E OUTRAS CIDADES.

Última alteração: ABRIL 2016