

Tabela Amil Saúde | Sem Coparticipação - Empresarial - PME

SAÚDE



Referência: Dezembro/2017 - Taxa de Inscrição: 50,00 por contrato

PME

Faixa Etária	Amil 200 Regional QC 02 à 29 vidas	Amil 200 Regional QP 02 à 29 vidas	Amil 400 QC 02 à 29 vidas	Amil 400 QP 02 à 29 vidas	Amil 500 QP 02 à 29 vidas	Amil 700 QP 02 à 29 vidas
Acomodação	Enf.	Apto.	Enf.	Apto.	Apto.	Apto.
Abrangência	Reg.	Reg.	Nac.	Nac.	Nac.	Nac.
0 a 18	R\$ 223.58	R\$ 245.73	R\$ 261.24	R\$ 295.28	R\$ 326.13	R\$ 382.07
19 a 23	R\$ 279.49	R\$ 307.16	R\$ 326.55	R\$ 369.11	R\$ 407.67	R\$ 477.58
24 a 28	R\$ 349.36	R\$ 383.96	R\$ 408.19	R\$ 461.38	R\$ 509.58	R\$ 596.97
29 a 33	R\$ 384.29	R\$ 422.35	R\$ 449.01	R\$ 507.52	R\$ 560.55	R\$ 656.67
34 a 38	R\$ 403.51	R\$ 443.46	R\$ 471.46	R\$ 532.90	R\$ 588.58	R\$ 689.50
39 a 43	R\$ 443.85	R\$ 487.82	R\$ 518.61	R\$ 586.20	R\$ 647.43	R\$ 758.46
44 a 48	R\$ 554.82	R\$ 609.77	R\$ 648.26	R\$ 732.75	R\$ 809.30	R\$ 948.08
49 a 53	R\$ 610.30	R\$ 670.75	R\$ 713.09	R\$ 806.03	R\$ 890.22	R\$ 1042.89
54 a 58	R\$ 762.87	R\$ 838.44	R\$ 891.36	R\$ 1007.54	R\$ 1112.78	R\$ 1303.61
59 ou +	R\$ 1335.04	R\$ 1467.28	R\$ 1559.88	R\$ 1763.19	R\$ 1947.37	R\$ 2281.33

Reembolsos

Planos	Amil 200 Regional QC 02 à 29 vidas	Amil 200 Regional QP 02 à 29 vidas	Amil 400 QC 02 à 29 vidas	Amil 400 QP 02 à 29 vidas	Amil 500 QP 02 à 29 vidas	Amil 700 QP 02 à 29 vidas
			Colesterol (HDL) - R\$8,00 Colesterol Total - R\$4,48 Consultas Médicas - R\$70,00 Eletrocardiograma - R\$14,40 Endoscopia Digestiva - R\$76,80 Hemograma Completo - R\$9,60 Ressonância Magnética do Crânio - R\$677,99 RX de Tórax - R\$16,70 Tomografia de Crânio - R\$261,19 Ultrassom Obstétrico - R\$44,80 Ultrassom Pélvico - R\$33,60	Colesterol (HDL) - R\$8,00 Colesterol Total - R\$4,48 Consultas Médicas - R\$70,00 Eletrocardiograma - R\$14,40 Endoscopia Digestiva - R\$76,80 Hemograma Completo - R\$9,60 Ressonância Magnética do Crânio - R\$677,99 RX de Tórax - R\$16,70 Tomografia de Crânio - R\$261,19 Ultrassom Obstétrico - R\$44,80 Ultrassom Pélvico - R\$33,60	Colesterol (HDL) - R\$8,00 Colesterol Total - R\$4,48 Consultas Médicas - R\$105,00 Eletrocardiograma - R\$14,40 Endoscopia Digestiva - R\$76,80 Hemograma Completo - R\$9,60 Ressonância Magnética do Crânio - R\$677,99 RX de Tórax - R\$16,70 Tomografia de Crânio - R\$261,19 Ultrassom Obstétrico - R\$44,80 Ultrassom Pélvico - R\$33,60	Colesterol (HDL) - R\$16,00 Colesterol Total - R\$8,96 Consultas Médicas - R\$175,00 Eletrocardiograma - R\$28,80 Endoscopia Digestiva - R\$153,60 Hemograma Completo - R\$19,20 Ressonância Magnética do Crânio - R\$1.355,98 RX de Tórax - R\$33,39 Tomografia de Crânio - R\$522,37 Ultrassom Obstétrico - R\$89,60 Ultrassom Pélvico - R\$67,20

PME

Faixa Etária	Amil 200 Regional QC 30 a 99 vidas	Amil 200 Regional QP 30 a 99 vidas	Amil 400 QC 30 à 99 vidas	Amil 400 QP 30 à 99 vidas	Amil 500 QP 30 à 99 vidas	Amil 700 QP 30 à 99 vidas
Acomodação	Enf.	Apto.	Enf.	Apto.	Apto.	Apto.
Abrangência	Reg.	Reg.	Nac.	Nac.	Nac.	Nac.
0 a 18	R\$ 212.40	R\$ 233.44	R\$ 248.18	R\$ 280.52	R\$ 309.82	R\$ 362.96
19 a 23	R\$ 265.51	R\$ 291.81	R\$ 310.23	R\$ 350.65	R\$ 387.28	R\$ 453.70
24 a 28	R\$ 331.89	R\$ 364.76	R\$ 387.79	R\$ 438.31	R\$ 484.10	R\$ 567.13
29 a 33	R\$ 365.08	R\$ 401.24	R\$ 426.57	R\$ 482.15	R\$ 532.51	R\$ 623.84
34 a 38	R\$ 383.34	R\$ 421.30	R\$ 447.90	R\$ 506.26	R\$ 559.13	R\$ 655.03
39 a 43	R\$ 421.67	R\$ 463.43	R\$ 492.69	R\$ 556.89	R\$ 615.04	R\$ 720.54
44 a 48	R\$ 527.08	R\$ 579.30	R\$ 615.87	R\$ 696.11	R\$ 768.80	R\$ 900.68
49 a 53	R\$ 579.79	R\$ 637.23	R\$ 677.46	R\$ 765.72	R\$ 845.68	R\$ 990.75
54 a 58	R\$ 724.74	R\$ 796.54	R\$ 846.83	R\$ 957.15	R\$ 1057.10	R\$ 1238.44
59 ou +	R\$ 1268.31	R\$ 1393.95	R\$ 1481.96	R\$ 1675.02	R\$ 1849.93	R\$ 2167.27

Reembolsos

Planos	Amil 200 Regional QC 30 a 99 vidas	Amil 200 Regional QP 30 à 99 vidas	Amil 400 QC 30 à 99 vidas	Amil 400 QP 30 à 99 vidas	Amil 500 QP 30 à 99 vidas	Amil 700 QP 30 à 99 vidas
			Colesterol (HDL) - R\$8,00 Colesterol Total - R\$4,48 Consultas Médicas - R\$70,00 Eletrocardiograma - R\$14,40 Endoscopia Digestiva - R\$76,80 Hemograma Completo - R\$9,60 Ressonância Magnética do Crânio - R\$677,99 RX de Tórax - R\$16,70 Tomografia de Crânio - R\$261,19 Ultrassom Obstétrico - R\$44,80 Ultrassom Pélvico - R\$33,60	Colesterol (HDL) - R\$8,00 Colesterol Total - R\$4,48 Consultas Médicas - R\$70,00 Eletrocardiograma - R\$14,40 Endoscopia Digestiva - R\$76,80 Hemograma Completo - R\$9,60 Ressonância Magnética do Crânio - R\$677,99 RX de Tórax - R\$16,70 Tomografia de Crânio - R\$261,19 Ultrassom Obstétrico - R\$44,80 Ultrassom Pélvico - R\$33,60	Colesterol (HDL) - R\$8,00 Colesterol Total - R\$4,48 Consultas Médicas - R\$105,00 Eletrocardiograma - R\$14,40 Endoscopia Digestiva - R\$76,80 Hemograma Completo - R\$9,60 Ressonância Magnética do Crânio - R\$677,99 RX de Tórax - R\$16,70 Tomografia de Crânio - R\$261,19 Ultrassom Obstétrico - R\$44,80 Ultrassom Pélvico - R\$33,60	Colesterol (HDL) - R\$16,00 Colesterol Total - R\$8,96 Consultas Médicas - R\$175,00 Eletrocardiograma - R\$28,80 Endoscopia Digestiva - R\$153,60 Hemograma Completo - R\$19,20 Ressonância Magnética do Crânio - R\$1.355,98 RX de Tórax - R\$33,39 Tomografia de Crânio - R\$522,37 Ultrassom Obstétrico - R\$89,60 Ultrassom Pélvico - R\$67,20

REDE CREDENCIADA

1 - Amil 200

HOSPITAIS

PLANO PILOTO

Brasília

- [Hospital Alvorada Brasilia \(Asa Sul\) - H/PS](#)
- [Hospital Daher \(Lago Sul\) - H/PS](#)
- [Hospital JK / Maternidade Brasília \(Sudoeste\) - M](#)
- [Hospital Santa Lucia \(Asa Norte\) - Antigo Prontonorte - H/PS](#)
- [Hospital São Camilo \(Asa Norte\) - H/M/PS](#)

REGIÃO METROPOLITANA

Brasília

- [Hospital Maria Auxiliadora \(Gama\) - H/M/PS](#)
- [Hospital São Francisco \(Ceilândia\) - H/M/PS](#)
- [Hospital São Mateus \(Cruzeiro\) - H/PS](#)

LABORATÓRIOS

CREDENCIADOS

Brasília

- [Exame Medicina Diagnóstica \(Asa Sul\)](#)

REDE CREDENCIADA

2 - Amil 400

HOSPITAIS

PLANO PILOTO

Brasília

- [Hospital Brasilia \(Lago Sul\) - H/PS](#)
- [Hospital Santa Helena \(Asa Norte\) - H/M/PS](#)

REGIÃO METROPOLITANA

Brasília

- [Hospital Santa Marta \(Taguatinga Sul\) - H/M/PS](#)

REDE CREDENCIADA

3 - Amil 500

HOSPITAIS	
REGIÃO METROPOLITANA	
Brasília	
• Hospital Anchieta (Taguatinga) - H/M/PS	
LABORATÓRIOS	
CREENCIADOS	CREENCIADOS
Brasília	Brasília
• Laboratório Sabin de Análises Clínicas (Asa Sul)	• Laboratório Santa Paula (Asa Sul)
REDE CREENCIADA	
4 - Amil 700	
HOSPITAIS	
PLANO PILOTO	PLANO PILOTO
Brasília	Brasília
• Hospital Santa Luzia (Asa Sul) - H/PS	• Hospital Santa Lúcia (Asa Sul) - H/M/PS
LABORATÓRIOS	
CREENCIADOS	
Brasília	
• Fleury Medicina e Saúde (Asa Sul)	

Carências válidas a partir da data de vigência do contrato.					
Grupo de benefícios	Carência Contratual	PRC 413	PRC 128	PRC 129	PRC 398
Carência – consulta eletiva em consultório, clínica ou centro médico.	30 Dias	1 Dia	1 Dia	1 Dia	0
Carência – exames e procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos.	30 Dias	1 Dia	1 Dia	1 Dia	0
Carência – exames e procedimentos especiais, realizados em regime ambulatorial, relacionados na cláusula contratual, exceto os especificados abaixo:	180 Dias	90 Dias	30 Dias	30 Dias	0
a) Exames de endoscopia digestiva, respiratória e urológica;	180 Dias	90 Dias	30 Dias	30 Dias	0
b) Exames de ultrassonografia;	180	90	60	30	0

	Dias	Dias	Dias	Dias	
c) Exames radiológicos de tomografia computadorizada, de neurorradiologia, angiografia, coronariografia, mielografia, radiologia intervencionista e exames de ressonância magnética;	180 Dias	180 Dias	90 Dias	30 Dias	0
d) Exames de hemodinâmica, cardiovasculares em medicina nuclear diagnóstica e imunocintilografia;	180 Dias	180 Dias	150 Dias	60 Dias	0
e) Procedimentos terapêuticos endoscópicos digestivos, respiratórios e urológicos;	180 Dias	90 Dias	30 Dias	30 Dias	0
f) Hemodinâmica terapêutica e angioplastias;	180 Dias	180 Dias	150 Dias	60 Dias	0
g) Quimioterapia e radioterapia;	180 Dias	180 Dias	180 Dias	90 Dias	0
h) Procedimentos para litotripsia;	180 Dias	180 Dias	150 Dias	60 Dias	0
i) Videolaparoscopia e procedimentos videoassistidos com finalidade terapêutico-diagnóstica ambulatorial;	180 Dias	180 Dias	120 Dias	60 Dias	0
j) Artroscopia;	180 Dias	90 Dias	90 Dias	60 Dias	0
k) Diálise ou hemodiálise;	180 Dias	180 Dias	150 Dias	60 Dias	0
l) Hemoterapia;	180 Dias	90 Dias	60 Dias	30 Dias	0
m) Tratamento hiperbárico;	180 Dias	180 Dias	90 Dias	30 Dias	0

n) Cirurgias em regime de day hospital.	180 Dias	180 Dias	120 Dias	60 Dias	0
Carência – internações em geral (não relacionadas às doenças preexistentes).	180 Dias	180 Dias	150 Dias	60 Dias	0
Carência - trabalho de parto a termo.	300 Dias	300 Dias	300 Dias	300 Dias	300 Dias
Vigência da CPT - Cobertura Parcial Temporária para doenças preexistentes	CPT Padrão	CPT PRC	CPT PRC	CPT PRC	CPT PRC
Estarão sujeitos a CPT as internações cirúrgicas, os leitos de alta tecnologia (UTI, CTI, Unidades Neonatal, Coronariana ou Semi-intensiva) ou os procedimentos de alta complexidade para doenças preexistentes, identificados no Rol de Procedimentos da ANS – RN 262.	24 meses	24 meses	18 meses	15 meses	9 meses
Não haverá redução dos prazos para os casos de cirurgia bariátrica em obesidade mórbida, transplante, cirurgia de refração, diálise e hemodiálise, neurocirurgia, cirurgia ortopédica para hérnia de disco, desvios de coluna e de articulações, quimioterapia e radioterapia e uso de próteses, órteses e material de osteossíntese.	24 meses	24 meses	24 meses	24 meses	24 meses
<p>PRC 413 - válido para empresas de 2 a 10 beneficiários, com beneficiários sem plano prévio ou oriundos de quaisquer operadoras, sem restrição de tempo mínimo de permanência nas mesmas.</p> <p>PRC 128 - válido para empresas de 2 a 10 beneficiários, com beneficiários oriundos de quaisquer operadoras, com permanência acima de 3 (três) meses até 11 (onze) meses no plano de origem.</p> <p>PRC 129 - válido para empresas de 2 a 10 beneficiários, com beneficiários oriundos de quaisquer operadoras, com permanência acima de 12 (doze) meses no plano de origem. Válido para empresas de 11 a 29 beneficiários, com beneficiários sem plano prévio ou oriundos de quaisquer operadoras, sem restrição de tempo mínimo de permanência nas mesmas.</p> <p>PRC 398 - válido para empresas de 2 a 10 beneficiários e de 11 a 29 beneficiários, com beneficiários oriundos de operadoras congêneres, com permanência acima de 12 (doze) meses no plano de origem. Listagem de congêneres disponível no site www.amil.com.br na área "Informações complementares aos nossos contratos".</p>					

REEMBOLSOS		
PROCEDIMENTOS	300/400/500	600
Consultas médicas	R\$ 60,00	R\$ 90,00
Hemograma completo	R\$ 9,60	R\$ 9,60
Eletrocardiograma	R\$ 14,40	R\$ 14,40
Endoscopia digestiva	R\$ 76,80	R\$ 76,80
Ultrassom pélvico	R\$ 33,60	R\$ 33,60
Tomografia do crânio	R\$ 238,40	R\$ 238,40
Colesterol (HDL)	R\$ 8,00	R\$ 8,00
Colesterol total	R\$ 4,48	R\$ 4,48
Ressonância magnética do crânio	R\$ 576,00	R\$ 576,00
RX de tórax (uma incidência)	R\$ 13,44	R\$ 13,44
Ultrassom obstétrico	R\$ 44,80	R\$ 44,80

Empresa:

- Cópia do contrato social e suas alterações ou requerimento do Empresário, com selo da Jucesp ou carimbo que fica no verso da página e documento de identificação com foto e assinatura do responsável pela empresa; cópia do cartão CNPJ, guia quitada e relação do FGTS mais recente (somente quando a contratação do plano for para algum funcionário).

Importante: quando o contrato for assinado pelo procurador da empresa, deve-se apresentar procuração registrada em cartório que garanta "plenos poderes para administrar a empresa, firmar compromissos ou assinar contratos" e cópia do RG ou CNH do procurador.

Titular:

- Funcionário recém-contratado em até 30 dias deverá enviar cópia simples das três páginas da carteira de trabalho (foto, qualificação civil e registro).

Dependentes:

- Apresentar cópia de documentação para comprovar o grau de parentesco com o titular.

Cônjuge:

- Documento de identificação do beneficiário, junto com a Declaração de União Estável, Documento de identificação de filhos em comum ou certidão de casamento.

Filhos:

- Certidão de nascimento ou documento de identificação que comprove o nome do titular como pai/mãe.

Enteados:

- Documento de identificação que comprove a filiação com o cônjuge do titular, junto com a documentação que comprove o parentesco do próprio cônjuge com o titular (vide item 1).

Pais:

- Documento de identificação do beneficiário e do titular, que comprove o parentesco com o titular.

Irmãos:

- Certidão de nascimento ou documento de identificação que comprove os pais em comum com o titular.

Neto

- Certidão de nascimento do beneficiário com o nome do titular como avô (ó) ou documento de identificação que comprove a filiação do beneficiário, junto com o documento de identidade dos pais do beneficiário, comprovando que o beneficiário é filho do filho do titular. **(a):**

Sobrinhos:

- Documento de identificação do beneficiário com o nome dos seus pais e documento de identificação dos pais do beneficiário, onde conste a mesma filiação do titular, comprovando que o sobrinho é filho de irmão do titular.

Padrasto e Madrasta:

- Documento de identificação que comprove o vínculo marital com o pai/mãe do titular, junto com a documentação que comprove o parentesco do pai/mãe.

Estagiários:

- Cópia do RG e CPF e do Contrato de estágio assinado e carimbado pela Instituição de Ensino e pela empresa empregadora.

Entidades:

- Estatuto Social, ata da reunião vigente, cópia do documento do responsável e guia quitada e relação do FGTS mais recente para comprovação de vínculo dos funcionários.

Empresa**com****atividade****rural:**

- Cópia do CNPJ atual, DECA e INCRA (Certificado de Cadastro de Imóvel Rural).

Redução para ex – beneficiários de plano individual:

- Cópia dos 03 últimos boletos quitados, quando o boleto for quitado pela internet ou caixa eletrônico anexar o comprovante de pagamento para a conferência do código de barras;

Carteirinha com o nome do titular e dos dependentes (se houver), data de início e a vigência do plano, tipo de acomodação (enfermaria ou apartamento).

Se na carteirinha não constar às informações necessárias, deverão ser enviados os seguintes documentos cópia do contrato anterior com data, nome do titular e dos dependentes (se houver), e o tipo de acomodação (enfermaria ou apartamento) Ou Carta original da operadora em papel timbrado com carimbo do CNPJ.

Redução para ex – beneficiários de PME e Grupal:

- Cópia da carteirinha, carta original da empresa em papel timbrado com os seguintes requisitos, carimbo do CNPJ, nome dos titulares e seus dependentes, quando houver, tipo de acomodação do plano enfermaria ou apartamento, tempo de permanência – Início e término do plano (dia / mês / ano), nome, cargo e telefone do responsável que assinar a carta. Ou Carta de permanência da operadora anterior. Ou Cópia das 03 últimas faturas quitadas e da última relação de beneficiários, emitida pela operadora anterior.

Redução para ex-beneficiário da mesma operadora:

- Na entrega do contrato, é obrigatório, o envio de carta de cancelamento do cliente e cópia da carteirinha.

Aditivos											
Amil	Resgate	Saúde	R\$ 24,90 por titular								
Amil	Assistência	Multiviagem	Internacional	R\$ 24,90 por titular							
Amil Resgate Saúde e Amil Assistência Multiviagem Internacional somente para produtos nacionais. Os preços acima só serão válidos se estiverem acompanhados dos respectivos PRCs vigentes na época da contratação. Preços válidos exclusivamente para contratos Dental PF 118-A, Dental PJ 118-A e Médico PJ 118-1 A. Preços e planos válidos de 01/06/2017 até 30/09/2017 e somente para contratação no Distrito Federal e no estado de Goiás.											
Demais informações											
1	-	Produto	sem	coparticipação.							
2	-	Na presença de beneficiários com idade igual ou superior à 59 ano, a cotação deverá ser submetida a cálculo atuarial. Os preços serão validados conforme condições de precificação informadas na página 7 da tabela de preços. Consulte condições comerciais estabelecidas na Normativa de Vendas.									
3	-	Nome comercial do plano:	Dental	200	Nac	PF	Doc	R.			
4	-	Nome comercial do plano:	Dental	200	Nac	PJCE	Doc	R.			
5	-	Porte I (Total de 02 à 29 vidas com, no mínimo 1 titular).									
6	-	Porte II (Total de 30 à 99 vidas).									
7	-	Valor por beneficiário. Não está incluso o plano médico, somente o custo por beneficiário do plano odontológico.									
Taxa de cadastramento											
R\$ 50,00 por contrato, Plano PME.											
Condições de precificação para PME											
							Quantidade de beneficiários	Quantidade máxima			

<p>Se, na composição das faixas etárias, o número de beneficiários com idade igual ou superior a 59 anos ultrapassar o quadro ao lado, esta tabela não poderá ser utilizada. Nesse caso, o representante comercial deverá solicitar a proposta ao gestor comercial.</p>		de beneficiários entre 59 e 68 anos
	de 02 a 09 vidas	1
	de 10 a 19 vidas	2
	de 20 a 29 vidas	3
	de 30 a 65 vidas	4
	de 66 a 85 vidas	5
	de 86 a 99 vidas	6

Amil Resgate Saúde e Amil Assistência Multivagem Internacional somente para produtos racionais. Preços válidos exclusivamente para contratos Dental PF 118-A, Dental PJ 118-A e Médico PJ 118-1 A. Preços e planos válidos de 01/10/2017 até 31/01/2018 e somente para contratação no Distrito Federal e no estado de Goiás.

Abrangência geográfica dos planos regionais

AMIL 200 DF - Grupo de municípios

Brasília, Formosa, Goiânia, Luziânia, Planaltina de Goiás e Valparaíso

Valores, rede credenciada e informações podem sofrer alterações sem aviso prévio por parte da operadora.

ATENÇÃO! Aos valores apresentados não estão sendo somadas as taxas. As informações referentes a Preços, Redes, Carências, Documentações, Reembolsos e outros deverão ser verificadas e conferidas junto a respectiva operadora/seguradora no ATO da CONTRATAÇÃO. Esta Tabela/Ferramenta tem como objetivo facilitar o trabalho de pesquisa, porém não nos responsabilizamos por possíveis alterações que sejam feitas por parte das operadoras/seguradoras. Para maiores informações sobre a rede credenciada, consulte o Orientador Médico ou o site oficial da operadora para verificar as especialidades cobertas por cada prestador. Quaisquer outras dúvidas, como regras de comercialização ou outras dúvidas sobre o produto/plano, consulte a operadora/seguradora.