

**PARTICULARIDADES DO PLANO**

- Empresas de 03 a 49 beneficiários. / **TAXA DE CADASTRO - R\$ 50,00 (CINQUENTA REAIS) POR CONTRATO.**
- No mínimo, um titular e 2 dependentes.
- Obrigatoriamente, o titular deve ser sócio ou funcionários com vínculo empregatício.
- Serão considerados dependentes cônjuges e filhos solteiros até 24 anos, 11 meses e 29 dias.
- Prestadores de Serviço serão aceitos, sem limite, a partir da 2ª vida. É obrigatória a apresentação da cópia do contrato de prestação de serviços, limitado a 58 anos, 11 meses e 29 dias.
- A contratação não é compulsória.
- Livre escolha dos produtos.
- Quando houver beneficiários com idade acima de 59 anos, deverá ser solicitado estudo pelo site [www.amil.com.br](http://www.amil.com.br) (O cliente deverá assinar 2 vias do precificador (estudos dos valores) e rubricar todas as páginas).
- > Não aceita agregados.
- > O Aditivo de Solicitação de Adesão Empresa até 49 vidas, é obrigatório.
- > **Caso o Cliente seja de Outro(s) Estado(s) deve Procurar a Unidade Amil do Estado em que Reside.**

**TABELA PARA 03 BENEFICIÁRIOS**

Faixas Etárias	Amil Next 10 C	Amil Next 10 P	Amil Blue I	Amil Blue II	Amil 130	Amil Blue Gold	Amil 140	Amil 140 Plus	Amil 160 I	Amil 160 II	Amil 160 III
Abrang.	Gr. Municípios	Gr. Municípios	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional
Reembolso	-	-	R - 1.1.1	R - 1.1.1	R - 1.1.1	R - 1.1.1	R - 1.1.1	R - 2.1.1	R - 3.3.4	R - 5.5.6	R - 7.7.8
00 à 18	73,68	79,93	84,79	96,60	106,57	121,27	141,75	178,50	257,25	367,50	477,75
19 à 23	100,20	108,70	115,31	131,38	144,94	164,93	192,78	242,76	349,86	499,80	649,74
24 à 28	110,23	119,58	126,85	144,51	159,43	181,42	212,06	267,04	384,85	549,78	714,71
29 à 33	121,25	131,53	139,53	158,96	175,37	199,56	233,26	293,74	423,33	604,76	786,19
34 à 38	121,25	131,53	139,53	158,96	175,37	199,56	233,26	293,74	423,33	604,76	786,19
39 à 43	127,31	138,11	146,51	166,91	184,14	209,54	244,93	308,43	444,50	635,00	825,49
44 à 48	180,78	196,12	208,04	237,02	261,48	294,55	347,80	437,97	631,19	901,69	1.172,20
49 à 53	235,01	254,95	270,45	308,12	339,92	386,81	452,14	569,36	820,54	1.172,20	1.523,86
54 à 58	235,01	254,95	270,45	308,12	339,92	386,81	452,14	569,36	820,54	1.172,20	1.523,86

**TABELA PARA 04 A 25 BENEFICIÁRIOS**

Faixas Etárias	Amil Next 10 C	Amil Next 10 P	Amil Blue I	Amil Blue II	Amil 130	Amil Blue Gold	Amil 140	Amil 140 Plus	Amil 160 I	Amil 160 II	Amil 160 III
Abrang.	Gr. Municípios	Gr. Municípios	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional
Reembolso	-	-	R - 1.1.1	R - 1.1.1	R - 1.1.1	R - 1.1.1	R - 1.1.1	R - 2.1.1	R - 3.3.4	R - 5.5.6	R - 7.7.8
00 à 18	69,26	75,13	79,70	90,80	100,18	114,00	133,24	167,79	241,81	345,45	449,08
19 à 23	94,19	102,18	108,39	123,49	136,24	155,04	181,21	228,19	328,86	469,81	610,75
24 à 28	103,61	112,39	119,23	135,84	149,87	170,54	199,33	251,01	361,75	516,79	671,82
29 à 33	113,97	123,63	131,15	149,42	164,86	187,60	219,26	276,12	397,92	568,47	739,01
34 à 38	113,97	123,63	131,15	149,42	164,86	187,60	219,26	276,12	397,92	568,47	739,01
39 à 43	119,67	129,82	137,71	156,89	173,10	196,98	230,22	289,92	417,82	596,90	775,96
44 à 48	169,94	184,34	195,55	222,79	245,80	279,71	326,92	411,69	593,30	847,59	1.101,86
49 à 53	220,92	239,64	254,22	289,62	319,54	363,62	424,99	535,19	771,29	1.101,87	1.432,42
54 à 58	220,92	239,64	254,22	289,62	319,54	363,62	424,99	535,19	771,29	1.101,87	1.432,42

**TABELA PARA 26 A 49 BENEFICIÁRIOS**

Faixas Etárias	Amil Next 10 C	Amil Next 10 P	Amil Blue I	Amil Blue II	Amil 130	Amil Blue Gold	Amil 140	Amil 140 Plus	Amil 160 I	Amil 160 II	Amil 160 III
Abrang.	Gr. Municípios	Gr. Municípios	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional
Reembolso	-	-	R - 1.1.1	R - 1.1.1	R - 1.1.1	R - 1.1.1	R - 1.1.1	R - 2.1.1	R - 3.3.4	R - 5.5.6	R - 7.7.8
00 à 18	64,84	70,33	74,61	85,01	93,79	106,72	124,74	157,08	226,38	323,40	420,42
19 à 23	88,18	95,65	101,47	115,61	127,55	145,14	169,65	213,63	307,88	439,82	571,77
24 à 28	97,00	105,21	111,62	127,17	140,31	159,65	186,61	234,99	338,66	483,81	628,95
29 à 33	106,70	115,74	122,78	139,89	154,34	175,62	205,27	258,49	372,53	532,19	691,84
34 à 38	106,70	115,74	122,78	139,89	154,34	175,62	205,27	258,49	372,53	532,19	691,84
39 à 43	112,04	121,52	128,92	146,89	162,06	184,40	215,54	271,42	391,16	558,80	726,44
44 à 48	159,09	172,56	183,06	208,58	230,12	261,85	306,06	385,41	555,44	793,49	1.031,54
49 à 53	206,82	224,33	237,98	271,15	299,16	340,40	397,88	501,03	722,08	1.031,54	1.341,00
54 à 58	206,82	224,33	237,98	271,15	299,16	340,40	397,88	501,03	722,08	1.031,54	1.341,00

### INFORMAÇÕES SOBRE CARÊNCIAS

Aditivos \* PRC 129 – para empresas de 03 a 10 vidas;

\* PRC 130 – para empresas de 11 a 49 vidas ou empresas de 03 a 10 vidas (em caso de aproveitamento de carência).

Doctos. Necessários: 3 últimos boletos; documento que comprove início do plano anterior; Quando oriundo de plano empresarial, será necessário carta constando as seguintes informações: operadora anterior e tempo de permanência dos titulares e seus dependentes (obrigatório carimbo de CNPJ).

Para empresas de 03 a 10 vidas, com aproveitamento de carência, devem ser obedecidas as seguintes condições:

- Beneficiários de plano empresa, devem ter mais de 12 meses de contrato PJ;
- Beneficiários oriundos de plano Pessoa física devem ter mais de 24 meses de contrato;
- A redução de carência contempla apenas operadoras registradas na ANS;
- A redução de carência está limitada a 58 anos.

### CARACTERÍSTICAS DO PLANO PME

Linha	Planos	Reembolso p/ Consulta	Enf. Apto.	Abrangência	Amil Dental	Amil Resgate	Amil Multiviagem	Co-Part
	Next 10 QC	Não	Enferm.	Grupo de municípios	Opcional	Opcional	Não	Opcional
	Next 10 QP	Não	Apto.	Grupo de municípios	Opcional	Opcional	Não	Opcional
	Blue I	Sim	Enferm.	Nacional	Opcional	Opcional	Não	Opcional
	Blue II	Sim	Apto.	Nacional	Opcional	Opcional	Não	Opcional
	Gold	Sim	Apto.	Nacional	Opcional	Opcional	Não	Opcional
	130	Sim	Apto.	Nacional	Opcional	Opcional	Não	Opcional
	140	Sim	Apto.	Nacional	Opcional	Opcional	Não	Opcional
	140 Plus	Sim	Apto.	Nacional	Opcional	Incluso	Não	Opcional
	160 I	Sim	Apto.	Nacional	Dental II	Incluso	Incluso	Não
	160 II	Sim	Apto.	Nacional	Dental II Plus*	Incluso	Incluso	Não
	160 III	Sim	Apto.	Nacional	Dental II Plus*	Incluso	Incluso	Não

\* Amil Dental II Plus (possui toda a cobertura do Amil Dental I e mais cobertura integral para prótese).



#### Promoção Casadinha Saúde + Dental

Fazendo o plano de saúde, a empresa pode fazer o plano Amil Dental I por apenas:

**R\$ 13,17**  
**(Por Beneficiário)**

É obrigatória a adesão de todo o grupo

#### ADITIVO: AMIL RESGATE SAÚDE

Para PME nos planos:

- Amil Next 10
- Amil Blue I, II e Gold
- Amil 130 e Amil 140

**R\$ 8,00 (p/ beneficiário)**

### PRINCIPAIS HOSPITAIS

#### NEXT

Norte	Sul	Leste	Oeste	Centro
UNIDADE AVANÇADA HOSPITAL PAULISTANO - SANTANA (P.S); HOSPITAL VOLUNTÁRIOS/SAN PAOLO (H/PS/M).	ASSIST. MÉDICA ITAMARATY (H/P.S); FOCCUS UNID. INTEGRADA SANTO AMARO II (P.S); FOCCUS UNID. INTEGRADA V. MARIANA (H/P.S); HOSP DEFEITOS DA FACE (H/P.S); H. NOSSA SRA. DE LOURDES (H/PS/M); HOSPITAL IGESP S.A. (H); H. RUBEM BERTA (H/P.S); H. S BÁRBARA (H/P.S); H. SEPACO (H/PS/M); SERRA MAYOR (H/P.S); H. DA CRIANÇA (H/P.S).	CASA DE SAÚDE SANTA MARCELINA (H/PS/M); CEMA HOSPITAL ESPECIALIZADO (H/PS); HOSPITAL E MATERNIDADE VILA MATILDE (H/PS/M); HOSPITAL ITAQUERA (H/PS); INST. BRASILEIRO DE CONTROLE DO CÂNCER (IBCC) (H/P.S); SOCIEDADE PORTUGUESA BENEFICENTE VASCO DA GAMA (H/P.S).	HOSPITAL IGUATEMI (H/P.S).	HOSPITAL BANDEIRANTES (H).

#### ABCD - Outras Regiões

HOSPITAL ABC SANTO ANDRÉ - AMICO (H/PS); HOSPITAL RIBEIRÃO PIRES (H/PS/M); HOSPITAL SÃO BERNARDO (H/PS/M); HOSPITAL SAÚDE SANTO ANDRÉ (PS); NEOMATER (H/P.S/M); HOSPITALIS NÚCLEO HOSPITALAR BARUERI (H/PS/M); HOSPITAL STELLA MARIS (H/PS/M); HOSPITAL E MATERNIDADE SINO-BRASILEIRO (M); CASA DE SAÚDE DE SANTOS (H/PS/M); HOSPITAL ANA COSTA (H);

**BLUE I**

Norte	Sul	Leste	Oeste	Centro
HOSPITAL NIPO-BRASILEIRO (H).	HOSP IGESP S/A (H/P.S); AACD (H); CASA DE SAÚDE SANTA RITA (H/P.S); HOSPITAL DE OLHOS PAULISTA (H/P.S); HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA MARINA (H/PS/M); H. SÃO CAMILO - IPIRANGA (H/PS/M); H. SÃO RAFAEL (H); HOSPITAL EVALDO FOZ (H/PS/M); HOSP. PAULISTA (H/P.S); HOSPITAL PAULISTANO (H/P.S); H. SANTA PAULA (H); H. SÃO PAULO (H/PS); P.S INFANTIL VILA MARIANA (H/P.S); H. DA CRIANÇA (H/PS/M).	HOSPITAL E PRONTO-SOCORRO COMUNITÁRIO VILA IOLANDA (H/PS/M); HOSPITAL SANTA VIRGÍNIA (H), HOSPITAL VILLA LOBOS (H - CIRURGIA ELETIVA SOMENTE / P.S.).	HOSPITAL METROPOLITANO (H/PS/M).	HOSPITAL BANDEIRANTES (H/P.S); HOSPITAL SANTA ISABEL (H).

**ABCD - Outras Regiões**

HOSPITAL SAÚDE SANTO ANDRÉ (H/PS/M); HOSPITAL AMÉRICA (H/M); HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SANTO ANDRÉ (HOSPITAL SÃO PEDRO) (H/M); HOSPITAL E MATERNIDADE ASSUNÇÃO (H); HOSPITAL E MATERNIDADE BARTIRA (H/PS/M); HOSPITAL E MATERNIDADE DOUTOR CHRISTÓVÃO DA GAMA (H); HOSPITAL SAÚDE SÃO BERNARDO (H/PS/M); CLÍNICA MAIA (H/P.S); HOSPITAL CARLOS CHAGAS- GUARULHOS (H/PS/M); HOSPITAL E MATERNIDADE SINO-BRASILEIRO- OSASCO (H/M); PRONTO-SOCORRO INFANTIL DO GONZAGA-SANTOS (H/P.S).

**BLUE II**

Norte	Sul	Leste	Oeste	Centro
HOSP. NIPO-BRASILEIRO (H/PS/M); H. CAMILO - SANTANA (H).	H. SANTA PAULA (H/P.S); H. SANTA CATARINA (M); H. SANTA CRUZ (H).	HOSPITAL SANTA VIRGÍNIA (H/PS/M).	HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO CAMILO - POMPÉIA (H).	HOSPITAL SANTA ISABEL (H/P.S); H. 9 DE JULHO (H).

**ABCD - Outras Regiões**

H. DOUTOR CHRISTÓVÃO DA GAMA (H/PS/M); HOSP ASSUNÇÃO (H/PS/M); HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SANTO ANDRÉ (HOSPITAL SÃO PEDRO) (H/PS/M); HOSPITAL AMÉRICA (H/PS/M); H. SINO-BRASILEIRO (H/PS/M)- OSASCO; HOSPITAL ANA COSTA (H/PS/M) SANTOS.

**AMIL 130**

**CENTRO:** HOSP A. C CAMARGO (H); P.S INFANTI SABARÁ (H/P.S); **NORTE:** HOSP S CAMILO SANTANA (H/P.S/M); **OESTE:** HOSP S CAMILO POMPÉIA (H/P.S/M); **SUL:** HOSP SANTA CRUZ (H/P.S); HOSP DO CORAÇÃO (H).

**BLUE GOLD**

**SUL:** H. SANTA CATARINA (H/PS/M); HOSPITAL DO CORAÇÃO (H/P.S); H. ALEMÃO OSWALDO CRUZ (H); HOSP E MAT SANTA JOANA (H/PS/M); HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO LUIZ- ITAIM (H/M); HOSP E MAT SÃO LUIZ-MORUMBI (H); INSTITUTO DO CORAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS (H / P.S); PRÓ-MATRE PAULISTA (M/P.S); **CENTRO:** H. A. C. CAMARGO (H/P.S); HOSPITAL 9 DE JULHO (H/P.S); **OESTE:** H. SAMARITANO (H/M); **ABC:** HOSP BRASIL (H/PS/M).

**AMIL 140**

HOSP E MAT SÃO LUIZ - MORUMBI (H / P.S).

**AMIL 140 PLUS**

HOSP E MAT S. LUIZ- ITAIM (H/P.S/M); HOSP ALBERT EINSTEIN (H/M); HOSP ALEMÃO OSWALDO CRUZ (H/P.S).

**AMIL 160**

HOSP SAMARITANO (H/P.S/M), HOSP ALBERT EINSTEIN (H/P.S/M); HOSP SÍRIO LIBANÊS (H/P.S); HOSP S.LUIZ ANÁLIA FRANCO (H/P.S.)

**LABORATÓRIOS**

NEXT	BLUE I	BLUE II	AMIL 130	BLUE GOLD, AMIL 140 E 140 PLUS
Campana, Foccus, Lab Análises Clínicas Brasil, Lab Análises Clínicas Gonzaga, Lab Pasteur de Análises Clínicas, Lab Koch, Labor União, Lego, Megaimagem, Mello, Nasa, Rhesus, Tec Lab, Total Care.	Banco de Sangue de São Paulo, Cimerman, Clinrad, Crya, Diagnóstica, Imedi, Inst Radioisótopos Oswaldo Cruz, JN Lab Ultrasonográfico, Lab Anatomia Pat e Citologia, Lab análises Sanitas, Lacc, Lid, Lócus, Maximagem, MedSonic por Imagem, Pathos, Patologia Espec. e Citologia, Plínio Santos Anat Patol, Radioclínica Tadao Mori, SAE, Slab, Udo, Ultracron, Vital Brasil.	CDB, Ressonância Magnética.	Lavoisier, Bioclínico.	Delboni Auriemo.

**AMIL 160**

Centro de Diag Albert Einstein, Clube DA, Fleury

**EXEMPLOS DE REEMBOLSO**

Procedimentos	Blue I	Blue II	Amil 130	Gold	Amil 140	Amil 140 Plus	Amil 160 I	Amil 160 II	Amil 160 III
Consultas Médicas	46,00	46,00	46,00	46,00	46,00	92,00	138,00	230,00	322,00
Hemograma Completo	11,70	11,70	11,70	11,70	11,70	11,70	35,10	58,50	81,90
Eletrocardiograma	17,55	17,55	17,55	17,55	17,55	17,55	52,65	87,75	122,85
Endoscopia Digestiva	93,60	93,60	93,60	93,60	93,60	93,60	280,80	468,00	655,20
Ultra-Som Pélvico	78,00	78,00	78,00	78,00	78,00	78,00	234,00	390,00	546,00
Tomografia do Crânio	290,55	290,55	290,55	290,55	290,55	290,55	781,65	1.452,75	2.033,85
Colesterol (HDL)	09,75	09,75	09,75	09,75	09,75	09,75	29,25	48,75	68,25
Colesterol Total	05,46	05,46	05,46	05,46	05,46	05,46	16,38	27,30	38,22
Ressonância Magnética do Crânio	702,00	702,00	702,00	702,00	702,00	702,00	2.106,00	3.510,00	4.914,00
RX de Tórax (Uma Incidência)	16,38	16,38	16,38	16,38	16,38	16,38	49,14	81,90	114,66
Ultra-Som Obstétrico	130,65	130,65	130,65	130,65	130,65	130,65	391,95	653,25	914,55

**ATENÇÃO: Rede Credenciada Sujeita a Alteração Sem Prévio Aviso por Parte da Operadora. As Informações Acima estão Resumidas, para Maiores Informações Sobre a Rede Credenciada Consulte o Orientador Médico ou o Site Oficial para Verificar as Especialidades Cobertas por Cada Prestador. Quaisquer outras Dúvidas, como Regras de Comercialização ou Outras Dúvidas Sobre o Plano / Produto Consulte seu Supervisor / Corretor.**