

# MANUAL DE VENDAS AMIL

MATERIAL VÁLIDO PARA AS VIGÊNCIAS DE AGOSTO / 2019



ANS - nº 22.630-5

ANS - nº 11.742-4

**amil**

**Affix**  
ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

## PLANO DE SAÚDE AMIL

### CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO

Administradora de Benefícios / Contratante: Affix Administradora de Benefícios.

- Plano com segmentação: ambulatorial + hospitalar com obstetrícia + odontologia (opcional).

- Todas as coberturas da Lei nº 9.656/98.

#### TABELA A

| PLANO        | AMIL 400           |              | AMIL 500     | AMIL 700     | AMIL 400           |              | AMIL 500     | AMIL 700     | AMIL REFERÊNCIA |              |
|--------------|--------------------|--------------|--------------|--------------|--------------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|--------------|
|              | COM COPARTICIPAÇÃO |              |              |              | SEM COPARTICIPAÇÃO |              |              |              |                 |              |
| ACOMODAÇÃO   | ENFERMARIA         | APARTAMENTO  | APARTAMENTO  | APARTAMENTO  | ENFERMARIA         | APARTAMENTO  | APARTAMENTO  | APARTAMENTO  | ENFERMARIA      |              |
| CÓDIGO ANS   | 472.929.143        | 472.931.145  | 472.933.141  | 472.830.141  | 472.930.147        | 472.932.143  | 472.828.149  | 472.831.149  | 466.034.110     |              |
| FAIXA ETÁRIA | 0 a 18 anos        | R\$ 396,66   | R\$ 450,97   | R\$ 491,97   | R\$ 619,36         | R\$ 466,66   | R\$ 530,56   | R\$ 578,79   | R\$ 728,65      | R\$ 837,59   |
|              | 19 a 23 anos       | R\$ 495,84   | R\$ 563,72   | R\$ 614,96   | R\$ 774,21         | R\$ 583,32   | R\$ 663,20   | R\$ 723,49   | R\$ 910,82      | R\$ 1.046,99 |
|              | 24 a 28 anos       | R\$ 619,80   | R\$ 704,65   | R\$ 768,70   | R\$ 967,75         | R\$ 729,14   | R\$ 829,00   | R\$ 904,36   | R\$ 1.138,52    | R\$ 1.308,75 |
|              | 29 a 33 anos       | R\$ 681,77   | R\$ 775,12   | R\$ 845,56   | R\$ 1.064,53       | R\$ 802,06   | R\$ 911,90   | R\$ 994,79   | R\$ 1.252,37    | R\$ 1.439,62 |
|              | 34 a 38 anos       | R\$ 715,85   | R\$ 813,88   | R\$ 887,84   | R\$ 1.117,77       | R\$ 842,16   | R\$ 957,51   | R\$ 1.044,53 | R\$ 1.315,01    | R\$ 1.511,59 |
|              | 39 a 43 anos       | R\$ 787,44   | R\$ 895,27   | R\$ 976,65   | R\$ 1.229,55       | R\$ 926,38   | R\$ 1.053,27 | R\$ 1.148,96 | R\$ 1.446,50    | R\$ 1.662,75 |
|              | 44 a 48 anos       | R\$ 984,31   | R\$ 1.119,09 | R\$ 1.220,81 | R\$ 1.536,94       | R\$ 1.157,97 | R\$ 1.316,58 | R\$ 1.436,21 | R\$ 1.808,13    | R\$ 2.078,43 |
|              | 49 a 53 anos       | R\$ 1.082,74 | R\$ 1.230,99 | R\$ 1.342,89 | R\$ 1.690,62       | R\$ 1.273,78 | R\$ 1.448,24 | R\$ 1.579,83 | R\$ 1.988,93    | R\$ 2.286,29 |
|              | 54 a 58 anos       | R\$ 1.353,43 | R\$ 1.538,73 | R\$ 1.678,62 | R\$ 2.113,28       | R\$ 1.592,24 | R\$ 1.810,31 | R\$ 1.974,79 | R\$ 2.486,16    | R\$ 2.857,86 |
|              | + de 59 anos       | R\$ 2.368,50 | R\$ 2.692,79 | R\$ 2.937,59 | R\$ 3.698,25       | R\$ 2.786,42 | R\$ 3.168,04 | R\$ 3.455,86 | R\$ 4.350,78    | R\$ 5.001,27 |

REAJUSTE: MAIO/2020

#### TABELA B

| PLANO        | AMIL 400           |              | AMIL 500     | AMIL 700     | AMIL 400           |              | AMIL 500     | AMIL 700     | AMIL REFERÊNCIA |              |
|--------------|--------------------|--------------|--------------|--------------|--------------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|--------------|
|              | COM COPARTICIPAÇÃO |              |              |              | SEM COPARTICIPAÇÃO |              |              |              |                 |              |
| ACOMODAÇÃO   | ENFERMARIA         | APARTAMENTO  | APARTAMENTO  | APARTAMENTO  | ENFERMARIA         | APARTAMENTO  | APARTAMENTO  | APARTAMENTO  | ENFERMARIA      |              |
| CÓDIGO ANS   | 472.929.143        | 472.931.145  | 472.828.149  | 472.831.149  | 472.930.147        | 472.932.143  | 472.933.141  | 472.830.141  | 466.034.110     |              |
| FAIXA ETÁRIA | 0 a 18 anos        | R\$ 331,90   | R\$ 377,36   | R\$ 411,65   | R\$ 518,25         | R\$ 390,48   | R\$ 443,94   | R\$ 484,30   | R\$ 609,69      | R\$ 820,00   |
|              | 19 a 23 anos       | R\$ 414,88   | R\$ 471,71   | R\$ 514,57   | R\$ 647,83         | R\$ 488,10   | R\$ 554,93   | R\$ 605,37   | R\$ 762,12      | R\$ 1.025,01 |
|              | 24 a 28 anos       | R\$ 518,61   | R\$ 589,63   | R\$ 643,21   | R\$ 809,79         | R\$ 610,12   | R\$ 693,67   | R\$ 756,71   | R\$ 952,64      | R\$ 1.281,40 |
|              | 29 a 33 anos       | R\$ 570,47   | R\$ 648,61   | R\$ 707,53   | R\$ 890,76         | R\$ 671,13   | R\$ 763,03   | R\$ 832,39   | R\$ 1.047,93    | R\$ 1.409,39 |
|              | 34 a 38 anos       | R\$ 599,00   | R\$ 681,03   | R\$ 742,91   | R\$ 935,30         | R\$ 704,68   | R\$ 801,19   | R\$ 874,01   | R\$ 1.100,33    | R\$ 1.479,86 |
|              | 39 a 43 anos       | R\$ 658,90   | R\$ 749,13   | R\$ 817,21   | R\$ 1.028,82       | R\$ 775,15   | R\$ 881,31   | R\$ 961,40   | R\$ 1.210,35    | R\$ 1.627,84 |
|              | 44 a 48 anos       | R\$ 823,63   | R\$ 936,41   | R\$ 1.021,52 | R\$ 1.286,03       | R\$ 968,93   | R\$ 1.101,64 | R\$ 1.201,75 | R\$ 1.512,93    | R\$ 2.034,80 |
|              | 49 a 53 anos       | R\$ 906,00   | R\$ 1.030,06 | R\$ 1.123,65 | R\$ 1.414,64       | R\$ 1.065,83 | R\$ 1.211,81 | R\$ 1.321,92 | R\$ 1.664,24    | R\$ 2.238,29 |
|              | 54 a 58 anos       | R\$ 1.132,51 | R\$ 1.287,58 | R\$ 1.404,56 | R\$ 1.768,30       | R\$ 1.332,29 | R\$ 1.514,77 | R\$ 1.652,40 | R\$ 2.080,31    | R\$ 2.797,86 |
|              | + de 59 anos       | R\$ 1.981,88 | R\$ 2.253,25 | R\$ 2.457,99 | R\$ 3.094,54       | R\$ 2.331,49 | R\$ 2.650,85 | R\$ 2.891,71 | R\$ 3.640,53    | R\$ 4.896,25 |

REAJUSTE: MAIO/2020

#### PLANO ODONTOLÓGICO

| DENTAL 200 R DOC       | DENTAL WIN PRÓTESE     | DENTAL WIN ORTODONTIA  |
|------------------------|------------------------|------------------------|
| CÓDIGO ANS 474.620.151 | CÓDIGO ANS 479.134.177 | CÓDIGO ANS 479.136.173 |
| R\$ 34,16              | R\$ 119,47             | R\$ 152,72             |

#### VIGÊNCIA

| ADESÃO     | VIGÊNCIA                  | VENCIMENTO  |
|------------|---------------------------|-------------|
| De 01 a 15 | Dia 01 do mês subsequente | Todo dia 01 |
| De 16 a 31 | Dia 15 do mês subsequente | Todo dia 15 |

## TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

| PROCEDIMENTOS               | AMIL 400       |               |               | AMIL 500       |               |               | AMIL 700       |               |               |
|-----------------------------|----------------|---------------|---------------|----------------|---------------|---------------|----------------|---------------|---------------|
|                             | COPARTICIPAÇÃO | LIMITE AVULSO | LIMITE MENSAL | COPARTICIPAÇÃO | LIMITE AVULSO | LIMITE MENSAL | COPARTICIPAÇÃO | LIMITE AVULSO | LIMITE MENSAL |
| Consulta eletiva e clínicas | 30%            | R\$ 20,00     | -             | 30%            | R\$ 25,00     | -             | 30%            | R\$ 35,00     | -             |
| Consulta hospitalar - PS    | 30%            | R\$ 40,00     | -             | 30%            | R\$ 50,00     | -             | 30%            | R\$ 70,00     | -             |
| Exames básicos              | 30%            | R\$ 40,00     | -             | 30%            | R\$ 50,00     | -             | 30%            | R\$ 70,00     | -             |
| Exames especiais            | 30%            | R\$ 150,00    | -             | 30%            | R\$ 150,00    | -             | 30%            | R\$ 150,00    | -             |
| Procedimentos básicos       | 30%            | R\$ 40,00     | -             | 30%            | R\$ 50,00     | -             | 30%            | R\$ 70,00     | -             |
| Procedimentos especiais     | 30%            | R\$ 150,00    | -             | 30%            | R\$ 150,00    | -             | 30%            | R\$ 150,00    | -             |
| Psicoterapia                | 30%            | R\$ 20,00     | -             | 30%            | R\$ 25,00     | -             | 30%            | R\$ 35,00     | -             |
| Fonoaudiologia              | 30%            | R\$ 20,00     | -             | 30%            | R\$ 25,00     | -             | 30%            | R\$ 35,00     | -             |
| Fisioterapia                | 30%            | R\$ 20,00     | -             | 30%            | R\$ 25,00     | -             | 30%            | R\$ 35,00     | -             |
| Nutrição                    | 30%            | R\$ 20,00     | -             | 30%            | R\$ 25,00     | -             | 30%            | R\$ 35,00     | -             |
| Quimioterapia               | 30%            | -             | R\$ 50,00     | 30%            | -             | R\$ 50,00     | 30%            | -             | R\$ 50,00     |
| Radioterapia                | 30%            | -             | R\$ 50,00     | 30%            | -             | R\$ 50,00     | 30%            | -             | R\$ 50,00     |
| Díalise                     | 30%            | -             | R\$ 50,00     | 30%            | -             | R\$ 50,00     | 30%            | -             | R\$ 50,00     |
| Internação                  | R\$ 200,00     | -             | -             | R\$ 250,00     | -             | -             | R\$ 350,00     | -             | -             |

## REEMBOLSO

### TABELA DE MÚLTIPLOS REEMBOLSO

| GRUPO DE BENEFÍCIOS | AMIL 400   | AMIL 500   | AMIL 700   |
|---------------------|------------|------------|------------|
| Consultas           | R\$ 105,00 | R\$ 140,00 | R\$ 210,00 |

## DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

### TITULAR

- Proposta de Adesão da Affix + Ficha Associativa;
- Cópia RG e CPF;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- Cópia da Certidão de Nascimento válida para titular com até 13 anos;
- Cópia do comprovante de residência atual (últimos 90 dias).
- Em caso de titular estudante, obrigatório documentação do responsável legal.

### DEPENDENTES

#### Cônjuge

- Cópia de Certidão de Casamento + Cópia RG e CPF;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

#### Companheiro(a)

- Declaração comprovada da união estável por meio de declaração pública de união estável (realizada em cartório de títulos e documentos).
- Cópia do RG e CPF;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

#### Filho(a) solteiro(a), com até 23 anos e 11 meses e 29 dias.

- Cópia da Certidão de Nascimento + RG e CPF obrigatório para beneficiários com idade a partir de 14 anos;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

#### Filho(a) inválido(a) de qualquer idade e declarado no Imposto de Renda do Titular

- Cópia da Certidão de Nascimento + RG e CPF obrigatório para beneficiários com idade a partir de 14 anos;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- Cópia da autenticada do atestado de Invalidez emitido pelo INSS.
- Cópia da declaração do Imposto de Renda do titular.

#### Menor sob Guarda ou Tutela do beneficiário titular

- Cópia da Certidão de Nascimento + RG e CPF obrigatório para beneficiários com idade a partir de 14 anos;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- Cópia da Tutela ou do "Termo de Guarda" expedida por órgão oficial;

**OBS.:** Caso a adoção seja extinta cabe a Operadora o direito de exclusão do dependente.

#### ENTEADO(A), com até 23 anos e 11 meses e 29 dias.

#### Titular casado

- Cópia da Certidão de Nascimento + RG e CPF obrigatório para beneficiários com idade

a partir de 14 anos;

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- Cópia de Certidão de Casamento.

#### Titular companheiro(a)

- Cópia da Certidão de Nascimento + RG e CPF obrigatório para beneficiários com idade a partir de 14 anos;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- Declaração comprovada da união estável por meio de declaração pública de união estável (realizada em cartório de títulos e documentos).

**ATENÇÃO: TODOS OS PROPONENTES TITULARES E/OU SEU(S) DEPENDENTE(S) DEVERÃO APRESENTAR CÓPIA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS).**

A Administradora de Benefícios/Contratante poderá requisitar a qualquer momento outros documentos aqui não especificados, a fim de comprovar as informações prestadas na Proposta.

## ÁREA DE ABRANGÊNCIA

Atendimento Nacional.

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Os preços e a rede médica credenciada estão sujeitos a alterações por parte da operadora.
- Proposta sujeita a análise técnica.
- Este material contém informações resumidas prevalecendo as condições do contrato de adesão.
- Material de uso interno destinado exclusivamente aos consultores.
- Contém linguagem técnica e informações resumidas, sujeitas a alterações por força de Lei e de Normas Regulamentadoras da ANS, bem como as regras contratuais estabelecidas com a Operadora.
- Mês do reajuste anual: **MAIO**.
- A solicitação de transferência do plano poderá ser realizada sempre no mês de **MAIO**, de acordo com o cronograma de movimentação, mediante a prévia autorização da operadora. A alteração do plano somente ocorrerá quando solicitada pelo beneficiário titular e acarretará na transferência de todos os seus beneficiários dependentes. A transferência para planos com categoria de rede e acomodação superiores acarretará no cumprimento de 180 (cento e oitenta) dias de carências a cumprir.

## TABELA DE REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

- PRC 413** | Válido para clientes de quaisquer categorias, sem plano prévio ou oriundos de quaisquer operadoras, sem restrição de tempo mínimo de permanência nas mesmas.
- PRC 128** | Válido para clientes de quaisquer categorias, com permanência acima de 3 (três) meses até 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias em planos de quaisquer operadoras.
- PRC 129** | Válido para clientes de quaisquer categorias, com permanência acima de 12 (doze) meses em planos de quaisquer operadoras.
- PRC 398** | Válido para clientes de quaisquer categorias, exceto clientes cadastrados nas entidades classificadas na tabela aberta, com permanência acima de 12 (doze) meses em planos de operadoras congêneres. Listagem de congêneres disponível no site [www.amil.com.br](http://www.amil.com.br) na área "Informações complementares aos nossos contratos".

| 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 dias            | 90 dias  | 60 dias  | 30 dias  | 0        |
| 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) 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 à 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 338.   | 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 |

### DOCUMENTAÇÃO OBRIGATORIA

1. Anexar últimos 3 boletos devidamente quitados (sendo o último há menos de 60 dias) e cópia do cartão de identificação e/ou declaração de tempo de permanência da operadora anterior (atualizada e original);
2. Não serão aceitos comprovantes de planos anteriores na modalidade "Ambulatorial", "Pós-Pagamento" ou "Custo Operacional";
3. A opção de plano com acomodação superior (apartamento) contabilizará carência de 180 (cento e oitenta) dias para utilização do benefício, a partir da vigência do contrato;



**FIXE!**  
**APLICATIVO**  
**AFFIX CLIENTE.**

## Corretor, fazemos de tudo para facilitar a vida dos nossos clientes.



**2ª VIA DE BOLETO**  
 Recebimento por e-mail ou cópia do código de barras.



**EXTRATO DE COPARTICIPAÇÃO**  
 Por período.



**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO**  
 Por ano.



**BOLETO DIGITAL**  
 Recebimento mensal do código de barras por e-mail e SMS.



**ENDEREÇOS**  
 Comercial e Residencial sempre atualizados.



**CONSULTAR DADOS**  
 Informações completas e detalhadas do plano do titular e dependentes.



**REDE CREDENCIADA**  
 Contato da Central de Atendimento da operadora.



**2ª VIA DE CARTÃO**  
 Nova via do plano médico ou odontológico.



**CARÊNCIAS**  
 Do titular e dependentes.

Disponível nas lojas.

