



amil

Tabela de Vendas

**MINAS GERAIS**

*AllCare*®  
*benefícios*

# TABELA F

## Tabela Exclusiva para as seguintes Entidades de Classe

**ABRAPAC** - Piloto da Aviação  
**ABRAS** - Funcionário Público Federal  
**ASSEF** - Servidor Público Federal  
**CREF6** - Profissional de Ed. Física  
**FECON** - Contabilista  
**FEIFAR** - Farmacêutico

**FNN** - Nutricionista  
**FNO** - Profissional de Odontologia  
**SINDIMÓVEIS** - Corretor de Imóveis  
**SAEMG** - Administrador  
**SINTRA** - Tradutor



**OBS:** As Tabelas abaixo com valores das mensalidades dos planos, por faixa etária, estão rigorosamente em conformidade com as regras de limites definidos na RN 63/2003, da ANS.

Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

### PRODUTO COM COPARTICIPAÇÃO

amil	Linha Amil					
	350		400		500	700
REGISTRO ANS	481725187	481726185	472929143	472931145	472933141	472830141
ACOMODAÇÃO	Enfermaria	Apartamento	Enfermaria	Apartamento	Apartamento	Apartamento
0 a 18 anos	R\$ 230,04	R\$ 261,54	R\$ 324,10	R\$ 368,49	R\$ 401,97	R\$ 506,06
19 a 23 anos	R\$ 287,55	R\$ 326,94	R\$ 405,12	R\$ 460,61	R\$ 502,45	R\$ 632,58
24 a 28 anos	R\$ 359,44	R\$ 408,67	R\$ 506,41	R\$ 575,76	R\$ 628,08	R\$ 790,73
29 a 33 anos	R\$ 395,39	R\$ 449,54	R\$ 557,04	R\$ 633,35	R\$ 690,88	R\$ 869,80
34 a 38 anos	R\$ 415,16	R\$ 472,02	R\$ 584,91	R\$ 665,01	R\$ 725,44	R\$ 913,30
39 a 43 anos	R\$ 456,68	R\$ 519,21	R\$ 643,40	R\$ 731,51	R\$ 797,97	R\$ 1.004,61
44 a 48 anos	R\$ 570,85	R\$ 649,02	R\$ 804,25	R\$ 914,38	R\$ 997,49	R\$ 1.255,77
49 a 53 anos	R\$ 627,94	R\$ 713,92	R\$ 884,68	R\$ 1.005,82	R\$ 1.097,21	R\$ 1.381,36
54 a 58 anos	R\$ 784,93	R\$ 892,41	R\$ 1.105,86	R\$ 1.257,28	R\$ 1.371,51	R\$ 1.726,69
59 anos ou mais	R\$ 1.373,64	R\$ 1.561,72	R\$ 1.935,24	R\$ 2.200,23	R\$ 2.400,15	R\$ 3.021,72

## Coparticipação

Tabela de valores a serem cobrados como coparticipação sempre que houver utilização do plano – os valores serão cobrados em boletos emitidos pela AllCare junto com as mensalidades.

PROCEDIMENTOS	AMIL 350			AMIL 400			AMIL 500			AMIL 700		
	COPART.	LIMITE P/ ITEM	LIMITE MENSAL	COPART.	LIMITE P/ ITEM	LIMITE MENSAL	COPART.	LIMITE P/ ITEM	LIMITE MENSAL	COPART.	LIMITE P/ ITEM	LIMITE MENSAL
Consulta eletiva e clínica	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 25,00	-	30%	R\$ 35,00	-
Consulta hospitalar - PS	30%	R\$ 40,00	-	30%	R\$ 40,00	-	30%	R\$ 50,00	-	30%	R\$ 70,00	-
Exames básicos	30%	R\$ 40,00	-	30%	R\$ 40,00	-	30%	R\$ 50,00	-	30%	R\$ 70,00	-
Exames especiais	30%	R\$ 150,00	-									
Procedimentos básicos	30%	R\$ 40,00	-	30%	R\$ 40,00	-	30%	R\$ 50,00	-	30%	R\$ 70,00	-
Procedimentos especiais	30%	R\$ 150,00	-									
Psicoterapia	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 25,00	-	30%	R\$ 35,00	-
Fonoaudiologia	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 25,00	-	30%	R\$ 35,00	-
Fisioterapia	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 25,00	-	30%	R\$ 35,00	-
Nutrição	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 25,00	-	30%	R\$ 35,00	-
Quimioterapia	30%	R\$ 150,00	R\$ 50,00									
Radioterapia	30%	R\$ 150,00	R\$ 50,00									
Diálise	30%	R\$ 150,00	R\$ 50,00									
Internação	-	R\$ 200,00	-	-	R\$ 200,00	-	-	R\$ 250,00	-	-	R\$ 350,00	-

## Plano Odontológico

**DENTAL 200 R DOC**  
**R\$ 28,90**  
 Registro ANS: 474620151

**DENTAL WIN PRÓTESE**  
**R\$ 120,68**  
 Registro ANS: 479134177

**DENTAL WIN ORTODONTIA**  
**R\$ 154,26**  
 Registro ANS: 479136173

## Quem pode Aderir

### Titular

Deverão obrigatoriamente ter vínculo associativo com a entidade de classe comprovado através do envio de documentação.

### Dependentes

- Esposa(o) ou Companheira(o), comprovada a união estável por meio dos documentos de certidão de casamento ou declaração pública de união estável (realizada em cartório de títulos e documentos), respectivamente;
- Filhos (as) solteiros (as) naturais, adotivos, com guarda provisória ou definitiva, enteados e os tutelados na forma de lei, desde que possuam até 24 anos completos;
- Filhos (as) inválidos, declarados no Imposto de Renda do beneficiário titular.

#### Documentação Exigida:

Os seguintes documentos deverão ser enviados junto com a proposta de adesão: Cópias do RG, CPF, comprovante de residência, certidão de casamento e/ou nascimento. Além dos documentos de elegibilidade ao projeto, especificados abaixo.

OBS: O plano de saúde pretendido somente poderá ser implantado para o Titular e/ou Dependentes atendido esses requisitos que serão avaliados/confirmados pela AllCare.

### Data de Adesão

dia **1** a **15**  
 dia **16** a **31**

### Vigência

dia **01** do 1º mês subsequente  
 dia **15** do 1º mês subsequente

### Vencimento

todo dia **01** de cada mês  
 todo dia **15** de cada mês

\* Em caso de pagamento em débito em conta a Administradora concederá por mera deliberalidade 05 dias a contar da data de vencimento do boleto bancário para o débito em conta corrente.

## Rede Credenciada Amil

Belo Horizonte e Região	350	400	500	700
Hospital Evangelico	•	•	•	•
Hospital Urologica	•	•	•	•
Oculare Centro de Oftalmologia	•	•	•	•
Nucleo de Otorrino BH	•	•	•	•
Hospital Espirita Andre Luiz	•	•	•	•
Hospital Santa Rita	•	•	•	•
Hospital e Maternidade Santa Helena	•	•	•	•
Hospital Vila da Serra	•	•	•	•
Hospital Felício Rocho	•	•	•	•
Hospital Life Center	•	•	•	•
Hospital Belo Horizonte	•	•	•	•
Hospital Luxemburgo	•	•	•	•
Hospital Semper	•	•	•	•
Hospital Infantil Padre Anchieta	•	•	•	•
Hospital da Criança e Maternidade São José	•	•	•	•
Hospital Clinicare	•	•	•	•
Hospital e Maternidade Octaviano Neves	•	•	•	•
Hospital e Maternidade Santa Fé	•	•	•	•
Hospital Mater Dei	•	•	•	•
Hospital Belvedere	•	•	•	•
Hospital Madre Teresa	•	•	•	•
Hospital Biocor	•	•	•	•
Hospital Vera Cruz	•	•	•	•
Hospital Socor	•	•	•	•

  

Uberlândia	350	400	500	700
Hospital e Maternidade Madrecor	•	•	•	•
Casa de Saúde Santa Marta	•	•	•	•
Hospital e Maternidade Holhos	•	•	•	•
Umc	•	•	•	•
Hospital Santa Geneveva	•	•	•	•
Iso Olhos	•	•	•	•
Clínica Amigos do Coração	•	•	•	•
Pneumocenter	•	•	•	•
Igep	•	•	•	•
Gastroclínica	•	•	•	•
Iccu- Instituto do Crânio e da Coluna	•	•	•	•
Ortopedia Santa Geneveva	•	•	•	•
Ipac	•	•	•	•
Labormed	•	•	•	•

  

Juiz de Fora	350	400	500	700
Hospital Nove de Julho	•	•	•	•
Hospital Dr. João Felício	•	•	•	•
Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora	•	•	•	•
Clínica Psiquiatria Vila Verde	•	•	•	•
CEEO	•	•	•	•
Clínica de Olhos e Micro-Cirurgia Dr. Ricardo Martin	•	•	•	•
Clínica de Otorrino Dr. Evandro Ribeiro de Oliveira	•	•	•	•
Hospital Monte Sinai	•	•	•	•

  

Montes Claros	350	400	500	700
Hospital Aroldo Tourinho	•	•	•	•
Hospital de Olhos do Norte de Minas	•	•	•	•
Hospital Otorrino Center	•	•	•	•
Santa Casa de Montes Claros	•	•	•	•

# amil

Para maiores informações acesse: [www.allcare.com.br/corretor](http://www.allcare.com.br/corretor)

Este material é de uso interno, destinado exclusivamente aos consultores e sujeito a alterações.

Plano de Saúde Coletivo por Adesão de acordo com as Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS **REDE CREDENCIADA SUJEITA A ALTERAÇÕES PELA OPERADORA, SEM AVISO PRÉVIO.**

**ESSE MATERIAL CONTÉM INFORMAÇÕES RESUMIDAS PREVALECENDO AS CONDIÇÕES DO CONTRATO DE ADESÃO.**

amil | *AllCare*®  
*benefícios*