



amil

Tabela de Vendas

MINAS GERAIS

AllCare®
benefícios

amil

ESTUDANTE É NA ALLCARE!

PLANO DE SAÚDE

COM COPARTICIPAÇÃO

Planos a partir de:

R\$ **362**,69



TABELA A1

Tabela Exclusiva para as seguintes Entidades de Classe

Abre Brasil - Profissional Liberal

Profissões Elegíveis: Administrador, Advogado, Aeronauta, Aeroviário, Agrônomo, Arquiteto, Assistente Social/Serviço Social, Atleta Profissional Futebol, Atuário, Auxiliar de Enfermagem, Biólogo, Biomédico, Contabilista, Economista, Enfermagem (Auxiliar e Técnico), Engenheiro, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Jornalista, Médico, Nutricionista, Odontólogo, Professor, Profissional de Educação Física, Psicólogo, Químico, Relações Públicas, Sociólogo e Veterinário.

FEB - Estudante

Estudantes de ensino fundamental, ensino médio, pré-vestibular, graduação, pós-graduação, mestrado, sequencias, supletivo, educação à distância, cursos de ensino técnico e profissionalizantes, matriculado em instituições de ensino reconhecidas pelo MEC.

OBS: As Tabelas abaixo com valores das mensalidades dos plano, 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			
	400	500	700	
REGISTRO ANS	472929143	472931145	472933141	472830141
ACOMODAÇÃO	Enfermaria	Apartamento	Apartamento	Apartamento
0 a 18 anos	R\$ 362,69	R\$ 412,35	R\$ 449,84	R\$ 566,33
19 a 23 anos	R\$ 453,37	R\$ 515,45	R\$ 562,30	R\$ 707,92
24 a 28 anos	R\$ 566,73	R\$ 644,32	R\$ 702,89	R\$ 884,90
29 a 33 anos	R\$ 623,40	R\$ 708,75	R\$ 773,17	R\$ 973,39
34 a 38 anos	R\$ 654,56	R\$ 744,19	R\$ 811,83	R\$ 1.022,06
39 a 43 anos	R\$ 720,02	R\$ 818,61	R\$ 893,00	R\$ 1.124,26
44 a 48 anos	R\$ 900,02	R\$ 1.023,26	R\$ 1.116,28	R\$ 1.405,34
49 a 53 anos	R\$ 990,03	R\$ 1.125,59	R\$ 1.227,91	R\$ 1.545,87
54 a 58 anos	R\$ 1.237,53	R\$ 1.406,98	R\$ 1.534,89	R\$ 1.932,34
59 anos ou mais	R\$ 2.165,68	R\$ 2.462,22	R\$ 2.686,05	R\$ 3.381,59

Tabela válida até Agosto / 2020.

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 400			AMIL 500			AMIL 700		
	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\$ 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\$ 150,00	R\$ 50,00	30%	R\$ 150,00	R\$ 50,00	30%	R\$ 150,00	R\$ 50,00
Radioterapia	30%	R\$ 150,00	R\$ 50,00	30%	R\$ 150,00	R\$ 50,00	30%	R\$ 150,00	R\$ 50,00
Díalise	30%	R\$ 150,00	R\$ 50,00	30%	R\$ 150,00	R\$ 50,00	30%	R\$ 150,00	R\$ 50,00
Internação	-	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	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 Felicio 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 Belvedere	•	•	•
Hospital Madre Teresa	•	•	•
Hospital Biocor	•	•	•
Hospital Vera Cruz	•	•	•
Hospital Socor	•	•	•

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

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



Para maiores informações acesse: 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.