



Tabela de Vendas

A partir de 1º de outubro de 2017
Bahia

CORRETORES DE PLANTÃO
71-99986-9102 | 99100-9208

WhatsApp

E-mail: planosdesaude@valcorretora.com.br

Amil
Uma vida de saúde para você

Preços e Aditivos - Planos PME - Porte I

Sem Coparticipação			Total de 2 a 29 vidas com, no mínimo, 1 titular	
Faixa Etária	Amil 400		Amil 500	Amil 700
Tipo de Acomodação	QC	QP	QP	QP
00 - 18	R\$ 308,54	R\$ 348,81	R\$ 385,24	R\$ 460,20
19 - 23	R\$ 385,67	R\$ 436,01	R\$ 481,55	R\$ 575,25
24 - 28	R\$ 482,09	R\$ 545,02	R\$ 601,94	R\$ 719,07
29 - 33	R\$ 530,30	R\$ 599,53	R\$ 662,14	R\$ 790,98
34 - 38	R\$ 556,81	R\$ 629,50	R\$ 695,24	R\$ 830,53
39 - 43	R\$ 612,50	R\$ 692,46	R\$ 764,77	R\$ 913,58
44 - 48	R\$ 765,63	R\$ 865,58	R\$ 955,96	R\$ 1.141,97
49 - 53	R\$ 842,19	R\$ 952,14	R\$ 1.051,56	R\$ 1.256,17
54 - 58	R\$ 1.052,74	R\$ 1.190,18	R\$ 1.314,46	R\$ 1.570,22
59 ou + ²	R\$ 1.842,30	R\$ 2.082,81	R\$ 2.300,31	R\$ 2.747,89
Registro ANS	472937144	472940144	472942141	472841146
Código do Plano	58699	58696	58717	58741

Com Coparticipação			Total de 2 a 29 vidas com, no mínimo, 1 titular	
Faixa Etária	Amil 400 ¹		Amil 500 ¹	Amil 700 ¹
Tipo de Acomodação	QC	QP	QP	QP
00 - 18	R\$ 246,82	R\$ 279,05	R\$ 308,20	R\$ 368,15
19 - 23	R\$ 308,53	R\$ 348,81	R\$ 385,25	R\$ 460,19
24 - 28	R\$ 385,66	R\$ 436,01	R\$ 481,56	R\$ 575,24
29 - 33	R\$ 424,23	R\$ 479,62	R\$ 529,72	R\$ 632,76
34 - 38	R\$ 445,44	R\$ 503,60	R\$ 556,21	R\$ 664,40
39 - 43	R\$ 489,98	R\$ 553,97	R\$ 611,82	R\$ 730,84
44 - 48	R\$ 612,48	R\$ 692,46	R\$ 764,79	R\$ 913,56
49 - 53	R\$ 673,73	R\$ 761,71	R\$ 841,27	R\$ 1.004,91
54 - 58	R\$ 842,16	R\$ 952,14	R\$ 1.051,58	R\$ 1.256,14
59 ou + ²	R\$ 1.473,79	R\$ 1.666,25	R\$ 1.840,27	R\$ 2.198,25
Registro ANS	472936146	472939141	472835141	472840148
Código do Plano	58693	58690	58714	58738

Taxa de cadastramento:
R\$ 50,00 por contrato,
Plano PME.

Aditivos	
Amil Resgate Saúde	R\$ 24,90 por titular
Amil Multiviagem ao Exterior	R\$ 24,90 por titular

Preços e Aditivos - Planos PME - Porte II

Sem Coparticipação				Total de 30 a 99 vidas
Faixa Etária	Amil 400		Amil 500	Amil 700
Tipo de Acomodação	QC	QP	QP	QP
00 - 18	R\$ 293,11	R\$ 331,38	R\$ 365,97	R\$ 437,19
19 - 23	R\$ 366,38	R\$ 414,23	R\$ 457,47	R\$ 546,49
24 - 28	R\$ 457,98	R\$ 517,78	R\$ 571,84	R\$ 683,12
29 - 33	R\$ 503,78	R\$ 569,56	R\$ 629,03	R\$ 751,44
34 - 38	R\$ 528,97	R\$ 598,05	R\$ 660,49	R\$ 789,01
39 - 43	R\$ 581,87	R\$ 657,85	R\$ 726,53	R\$ 867,91
44 - 48	R\$ 727,34	R\$ 822,31	R\$ 908,16	R\$ 1.084,89
49 - 53	R\$ 800,08	R\$ 904,54	R\$ 998,98	R\$ 1.193,38
54 - 58	R\$ 1.000,11	R\$ 1.130,67	R\$ 1.248,73	R\$ 1.491,73
59 ou + ²	R\$ 1.750,19	R\$ 1.978,68	R\$ 2.185,29	R\$ 2.610,53
Registro ANS	472937144	472940144	472942141	472841146
Código do Plano	58699	58696	58717	58741

Com Coparticipação				Total de 30 a 99 vidas
Faixa Etária	Amil 400 ¹		Amil 500 ¹	Amil 700 ¹
Tipo de Acomodação	QC	QP	QP	QP
00 - 18	R\$ 234,48	R\$ 265,09	R\$ 292,79	R\$ 349,75
19 - 23	R\$ 293,11	R\$ 331,36	R\$ 366,00	R\$ 437,19
24 - 28	R\$ 366,38	R\$ 414,20	R\$ 457,50	R\$ 546,49
29 - 33	R\$ 403,02	R\$ 455,62	R\$ 503,25	R\$ 601,15
34 - 38	R\$ 423,17	R\$ 478,41	R\$ 528,41	R\$ 631,20
39 - 43	R\$ 465,48	R\$ 526,25	R\$ 581,25	R\$ 694,33
44 - 48	R\$ 581,86	R\$ 657,82	R\$ 726,56	R\$ 867,91
49 - 53	R\$ 640,04	R\$ 723,60	R\$ 799,22	R\$ 954,70
54 - 58	R\$ 800,06	R\$ 904,50	R\$ 999,02	R\$ 1.193,38
59 ou + ²	R\$ 1.400,11	R\$ 1.582,87	R\$ 1.748,29	R\$ 2.088,43
Registro ANS	472936146	472939141	472835141	472840148
Código do Plano	58693	58690	58714	58738

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 Médico PJ 118-2, Dental PF 118-1, Dental PJ 118-1, Dental PF Kids 118-1, Dental PF Win 118-2 Prótese, Dental PF Win 118-2 Órtese, Dental PJ Win 118-1 Prótese e Dental PJ Win 118-1 Órtese. Preços e planos válidos de 1/10/2017 a 31/1/2018 e somente para contratação no estado da Bahia.

1- Produtos com coparticipação para pagamento posterior com a mensalidade do plano.

2- Na presença de beneficiários com idade igual ou superior a 59 anos, a cotação deverá ser submetida a cálculo atuarial. Os preços serão validados conforme condições de precificação informadas na página 7 desta tabela de preços. Consulte condições comerciais estabelecidas na Normativa de Vendas.

Plano Referência

Plano Referência - PME - 2 a 99 Vidas	
Faixa Etária	Amil Referência
00 - 18	R\$ 273,11
19 - 23	R\$ 341,37
24 - 28	R\$ 426,71
29 - 33	R\$ 469,40
34 - 38	R\$ 492,86
39 - 43	R\$ 542,15
44 - 48	R\$ 677,69
49 - 53	R\$ 745,46
54 - 58	R\$ 931,81
59 ou + ²	R\$ 1.630,69
Registro ANS	466032113
Código do Plano	55553



Coparticipação

	Amil 400 ¹			Amil 500 ¹			Amil 700 ¹		
Grupo de benefícios	Valor Copart.	Limite por Item	Limite por mês	Valor Copart.	Limite por Item	Limite por mês	Valor Copart.	Limite por Item	Limite por mês
Consultas Eletivas e Clínicas	30%	R\$ 25,00	-	30%	R\$ 25,00	-	30%	R\$ 35,00	-
Consultas Hospitalares - PS	30%	R\$ 50,00	-	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
Diálise ou hemodiálise	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
Internação	R\$ 200,00	-	-	R\$ 250,00	-	-	R\$ 350,00	-	-

Para a determinação do valor de coparticipação, quando esta for cobrada em percentuais, deverá ser utilizada a seguinte fórmula de cálculo: percentual indicado na tabela de coparticipação x valor unitário do procedimento custeado pela AMIL, que pode variar em função do prestador escolhido pelo BENEFICIÁRIO. O valor da coparticipação a ser pago pelo BENEFICIÁRIO está sujeito ao LIMITE MÁXIMO DE COBRANÇA por ITEM ou EVENTO, ou ainda sujeito ao LIMITE MÁXIMO DE COBRANÇA por MÊS, não sendo cumulativo ao mês subsequente.

CORRETORES DE PLANTÃO
71-99986-9102 | 99100-9208
WhatsApp
E-mail: planosdesaude@valcorretora.com.br

Coparticipação

A lista dos procedimentos com a classificação e seus respectivos Grupos de Benefícios está disponível no site da Amil. Confira alguns exemplos de coparticipação:

COD Procedimento	Procedimento	Grupo de Benefícios	Valor Aproximado
50000560	Avaliação Nutricional	Nutrição	R\$ 10,72
30101107	Cauterização Química	Procedimentos Especiais	R\$ 11,99
40301583	Colesterol (HDL)	Exames Básicos	R\$ 1,81
40301605	Colesterol Total	Exames Básicos	R\$ 1,01
50000446	RPG - Reeducação Postural Global	Fisioterapia	R\$ 11,02
40101010	Eletrocardiograma	Exames Básicos	R\$ 5,19
40201120	Endoscopia Digestiva Alta	Exames Especiais	R\$ 54,45
40202615	Endoscopia Digestiva Alta com Biópsia e Teste de Uréase	Procedimentos Especiais	R\$ 49,97
40304361	Hemograma Completo	Exames Básicos	R\$ 2,38
30711037	Imobilização de Membro Superior	Procedimentos Básicos	R\$ 3,26
41101014	Ressonância Magnética do Crânio	Exames Especiais	R\$ 150,00
40805018	RX do Tórax (uma incidência)	Exames Básicos	R\$ 5,23
50000616	Sessão de Fonoaudiologia	Fonoaudiologia	R\$ 18,05
50000462	Sessão de Psicologia	Psicoterapia	R\$ 18,75
41001010	Tomografia do Crânio	Exames Especiais	R\$ 80,69
40901238	Ultrassom Obstétrico	Exames Especiais	R\$ 15,11
40901181	Ultrassom Pélvico	Exames Especiais	R\$ 12,73
40302040	Glicose	Exames Básicos	R\$ 1,07
40311210	Rotina de Urina (EAS)	Exames Básicos	R\$ 1,27
40316521	TSH – Hormônio Tireoestimulante	Exames Básicos	R\$ 6,19
40901300	Ultrassom Transvaginal	Exames Especiais	R\$ 19,23
40808033	Mamografia Convencional Bilateral	Exames Básicos	R\$ 24,97

Precificação

Condições de precificação para PME		
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.	Quantidade de beneficiários	Qtd. máxima 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

Os Valores de COPARTICIPAÇÃO, demonstrados no quadro acima, foram calculados com base nos valores médios dos procedimentos e podem variar de acordo com o prestador escolhido pelo BENEFICIÁRIO.

- 1- Produtos com coparticipação para pagamento posterior com a mensalidade do plano.
- 2- Na presença de beneficiários com idade igual ou superior a 59 anos, a cotação deverá ser submetida a cálculo atuarial. Os preços serão validados conforme condições de precificação informadas na página 7 desta tabela de preços. Consulte condições comerciais estabelecidas na Normativa de Vendas

Reembolso

Reembolso			
A partir do nível 400, todos os planos da Amil possuem reembolso. Confira alguns exemplos:			
Benefícios	Amil 400	Amil 500	Amil 700
Consultas Médicas	R\$ 70,00	R\$ 105,00	R\$ 175,00
Hemograma Completo	R\$ 9,60	R\$ 9,60	R\$ 19,20
Eletrocardiograma	R\$ 14,40	R\$ 14,40	R\$ 28,80
Endoscopia Digestiva	R\$ 76,80	R\$ 76,80	R\$ 153,60
Ultrassom Pélvico	R\$ 33,60	R\$ 33,60	R\$ 67,20
Tomografia do Crânio	R\$ 261,19	R\$ 261,19	R\$ 522,37
Colesterol (HDL)	R\$ 8,00	R\$ 8,00	R\$ 16,00
Colesterol Total	R\$ 4,48	R\$ 4,48	R\$ 8,96
Ressonância Magnética do Crânio	R\$ 677,99	R\$ 677,99	R\$ 1.355,98
RX de Tórax (uma incidência)	R\$ 16,70	R\$ 16,70	R\$ 33,39
Ultrassom Obstétrico	R\$ 44,80	R\$ 44,80	R\$ 89,60

Preços - Planos Amil Dental

Pessoa Física				
Plano	No cartão ²	No boleto	Registro ANS	Código do Plano
Dental 200 DOC ¹	R\$ 45,08 ³	R\$ 49,00 ³	471207142	79655
Dental Kids	R\$ 38,25 ³	R\$ 45,00 ³	474716150	69135
Dental Win (Ortodontia + Clareamento)	R\$ 147,00 ³	R\$ 147,00 ³	475782163	69101
Dental Win (Prótese + Clareamento)	R\$ 115,00 ³	R\$ 115,00 ³	475784160	69100

PME				
Plano	Porte I ⁵	Porte II ⁶	Registro ANS	Código do Plano
Dental 200 DOC ⁴	R\$ 27,00 ³	R\$ 23,00 ³	471208141	79654
Dental Win (Ortodontia + Clareamento)	R\$ 123,00 ³	R\$ 123,00 ³	475783161	69099
Dental Win (Prótese + Clareamento)	R\$ 99,00 ³	R\$ 99,00 ³	475781165	69098

Taxas de cadastramento: Dental Pessoa Física - R\$ 15,00 por contrato. Dental PME - R\$ 10,00 por contrato. Médico + Dental - R\$ 50,00 por contrato.

1- Nome comercial do plano: Dental 200 Nac PF Doc R. 2 - Redução de carências: 24 horas para todos os procedimentos cobertos. Parcelamento em 1, 2, 3, 4, 6 ou 12 vezes sem juros nos cartões Visa e MasterCard. Vencimento na data de fatura do cartão de crédito. Contratação exclusivamente on-line. Os valores mensais são referentes a doze parcelas iguais. Sujeito à aprovação do limite de crédito. 3- Valor por beneficiário. Não está incluso o plano médico, somente o custo por beneficiário do plano odontológico. 4- Nome comercial do plano: Dental 200 Nac PJCE Doc R. 5 - Porte I (Total de 2 a 29 vidas com, no mínimo, 1 titular). 6 - Porte II (Total de 30 a 99 vidas). Amil - Linha Amil Dental - CRO SP 4.722 | Resp. Téc. Maria A. F. A. Araújo - CRO SP 35.448. Amil - Linha Amil Dental - CRO RJ 960 | Resp. Téc. Patricia I. C. de Almeida - CRO RJ 20.121.

Credenciados	Amil 400	Amil 500	Amil 700
Alclin Hospital de Olhos André Lavigne	H	H	H
Cato	H/PS	H/PS	H/PS
Ceparh	H	H	H
Clinnaza	H	H	H
Clisur	H/PS	H/PS	H/PS
Cof	H/PS	H/PS	H/PS
Cot	H/PS	H/PS	H/PS
Day Horc	H/PA	H/PA	H/PA
Day Hospital Louis Pasteur	H	H	H
Espaço Bom Viver	H/PS	H/PS	H/PS
Hba (Hospital da Bahia)	H/PS	H/PS	H/PS
Hospital Aeroporto	H/PS	H/PS	H/PS
Hospital Agenor Paiva	H/PS	H/PS	H/PS
Hospital da Sagrada Família	H/M/PS	H/M/PS	H/M/PS
Hospital Evangélico da Bahia	H/PS	H/PS	H/PS
Hospital Prohope	H/PS	H/PS	H/PS
Hospital Jorge Valente	H/M/PS	H/M/PS	H/M/PS
Hospital S & A	H/PA	H/PA	H/PA
Hospital Salvador	H	H	H
Hospital Santa Izabel	H/PS	H/PS	H/PS
Hospital Santa Luzia	H	H	H
Hospital Santo Amaro	H/M/PS	H/M/PS	H/M/PS
Ibopc	H	H	H
Insbot	H/PS	H/PS	H/PS
Itaigara Memorial Day Hospital	H	H	H
Nupsi	H/PA	H/PA	H/PA
Probaby	H/PS	H/PS	H/PS
Sobaby	H/PS	H/PS	H/PS
Sermeca	PA	PA	PA
Ortra	PA	PA	PA
Hospital Português	H/M/PS	H/M/PS	H/M/PS
Hospital São Rafael		H/PS	H/PS
Instituto Córdio Pulmonar		H/PS	H/PS
Instituto de Olhos Freitas		H	H
Hospital Aliança			H/M/PS



H = Internação Eletiva • PS = Pronto-Socorro • M = Maternidade • PA = Pronto Atendimento

Informações referentes ao mês de setembro de 2017. A Amil poderá fazer alterações na rede credenciada, nos termos da legislação vigente. Consulte as atualizações da rede credenciada no site amil.com.br.
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 Médico PJ 118-2, Dental PF 118-1, Dental PJ 118-1, Dental PF Kids 118-1, Dental PF Win 118-2 Prótese, Dental PF Win 118-2 Órtese, Dental PJ Win 118-1 Prótese e Dental PJ Win 118-1 Órtese. Preços e planos válidos de 1/10/2017 a 31/1/2018 e somente para contratação no estado da Bahia.

