

Informe Planos Amil Saúde e Dental

ASSEMPERJ | Versão 07.08.2026

Prezado(a) Associado(a),

I Sobre os planos AMIL – ASSEMPERJ

Implantados em fevereiro de 2017, os novos planos AMIL – ASSEMPERJ representaram um marco na história dos convênios que a entidade oferece a seus associados, administrados pela Analítica Seguros.

Os novos planos AMIL – ASSEMPERJ são da modalidade Coletivo por Adesão (sem intermediação de Administradora de Benefícios), regulamentados pela Lei 9.656/98, portanto atendem ao rol de procedimentos exigidos pela legislação vigente, além de se beneficiarem de todas as atualizações de rol de procedimentos e coberturas futuras que forem publicadas pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar).

Principais características dos planos AMIL - ASSEMPERJ

- Todos os planos possuem abrangência de rede referenciada nacional;
- Todos os planos possuem reembolso para livre escolha (de acordo com a tabela do plano escolhido);
- Todos os planos são isentos de coparticipação (valor cobrado a cada utilização do plano);
- Opções de planos com padrão de acomodação quarto coletivo (apenas para o Amil 400);
- Opções de planos linha premium (One Health);
- Prestação de contas junto ao DRH realizada pela Assemperj.

Diferenciais dos planos saúde linhas AMIL e ONE - ASSEMPERJ

- Melhor gerenciamento de risco do contrato;
- Custos mais competitivos, comparado ao mercado;
- Menor índice de inadimplência;
- Programa de acolhimento ASSEMPERJ + SAÚDE (Novidade 2025).

Diferenciais exclusivos dos planos saúde linha ONE - ASSEMPERJ

- Escleroterapia (12 sessões ao ano);
- Resgate Saúde integrado (custo do plano saúde contempla esta cobertura).

Diferenciais dos planos dental linha AMIL - ASSEMPERJ

- Parceria cliente Amil Dental e Invisalign: descontos especiais para tratamento ortodôntico em prestadores referenciados selecionados.

Diferenciais de atendimento ANALÍTICA SEGUROS

- Atendimento humanizado e consultivo;
- Suporte operacional à ASSEMPERJ e ao beneficiário AMIL-ASSEMPERJ, na utilização do plano;
- Gestão operacional e de risco.

Diferenciais do programa ASSEMPERJ + SAÚDE

- Suporte técnico/médico ao beneficiário AMIL-ASSEMPERJ, independente da operadora;
- Acolhimento ao beneficiário AMIL-ASSEMPERJ em casos de maior complexidade, como internações (extensivo à família), com acompanhamento permanente por equipe multidisciplinar.

Benefícios adicionais

✓ Desconto em medicamentos

Informe Planos Amil Saúde e Dental

ASSEMPERJ | Versão 07.08.2026

Programa de descontos sem custo adicional, que garante até 30% em medicamentos genéricos e de até 20% nos de marca, nas redes das drogarias São Paulo e Pacheco em todo o país, garantindo melhores condições na aquisição de centenas de medicamentos. Há ainda descontos de até 5% em produtos de perfumaria.

✓ Amil Resgate Saúde

Cobertura com custo cobrado à parte. Trata-se do resgate terrestre, aéreo ou aeroterrestre com o traslado para hospitais credenciados ao plano em todo o Brasil, realizado por serviços credenciados da Amil, com limitação de 300km no raio de deslocamento dentro do território nacional, atendendo a pacientes em estado grave que envolva risco de vida, com condições patológicas de urgência e emergência específicas.

PLANOS E CUSTOS

Tabela de Custos — Planos Médicos | Vigência: 01/02/2026 a 31/01/2027

Linha	AMIL 400	AMIL 400	AMIL 500	AMIL 700	ONE 1000 LT3	ONE 2000 LT4
Perfil	Intermediário	Intermediário	Intermediário	Especial	Executivo	Executivo
Rede	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional
Acomodação	Quarto Coletivo	Quarto Privativo	Quarto Privativo	Quarto Privativo	Quarto Privativo	Quarto Privativo
Ex. Reembolso Consulta - CRM	R\$ 113,37	R\$ 113,37	R\$ 170,06	R\$ 283,43	R\$ 453,49	R\$ 566,87
00 a 18	R\$ 337,40	R\$ 388,11	R\$ 453,82	R\$ 564,97	R\$ 767,50	R\$ 1.051,40
19 a 23	R\$ 421,78	R\$ 485,16	R\$ 567,27	R\$ 706,18	R\$ 959,38	R\$ 1.314,28
24 a 28	R\$ 527,21	R\$ 606,41	R\$ 709,13	R\$ 882,73	R\$ 1.199,22	R\$ 1.642,79
29 a 33	R\$ 579,89	R\$ 667,08	R\$ 779,84	R\$ 971,01	R\$ 1.319,10	R\$ 1.807,05
34 a 38	R\$ 608,90	R\$ 700,42	R\$ 819,04	R\$ 1.019,54	R\$ 1.385,03	R\$ 1.897,37
39 a 43	R\$ 669,81	R\$ 770,45	R\$ 900,91	R\$ 1.121,51	R\$ 1.523,60	R\$ 2.087,15
44 a 48	R\$ 837,25	R\$ 963,08	R\$ 1.126,16	R\$ 1.208,99	R\$ 1.904,50	R\$ 2.608,97
49 a 53	R\$ 920,99	R\$ 1.059,38	R\$ 1.238,77	R\$ 1.542,05	R\$ 2.094,95	R\$ 2.869,86
54 a 58	R\$ 1.151,24	R\$ 1.324,23	R\$ 1.548,45	R\$ 1.927,58	R\$ 2.618,66	R\$ 3.587,32
Mais de 59	R\$ 2.014,67	R\$ 2.317,40	R\$ 2.709,79	R\$ 3.373,29	R\$ 4.582,66	R\$ 6.277,83

Cobertura: Aditivo Resgate Saúde — R\$ 42,87 por pessoa (todas as faixas). Contratação opcional, com custo à parte.

Tabela de Custos — Planos Odontológicos | Vigência: 01/02/2026 a 31/01/2027

Linha	DENTAL 200 R	DENTAL 400 R	DENTAL 600 R	DENTAL 700 R
Perfil	Básico	Intermediário	Especial	Especial
Rede	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional
Reembolso Consulta	R\$ 14,04	R\$ 14,04	R\$ 14,04	R\$ 14,04
Todas as faixas	R\$ 26,12	R\$ 55,54	R\$ 94,47	R\$ 108,31

Informe Planos Amil Saúde e Dental

ASSEMPERJ | Versão 07.08.2026

Coberturas resumidas: Dental 200 R — Rol ANS Ampliado | Dental 400 R — Rol ANS ampliado + Prótese em Resina | Dental 600 R — Rol ANS ampliado + Prótese em Resina + Ortodontia | Dental 700 R — Rol ANS ampliado + Prótese em Porcelana + Ortodontia + Clareamento com gel e moldura.

Rede Credenciada

✓ Como consultar a rede completa

Será disponibilizado um resumo da rede hospitalar de todos os planos para consulta. Para conhecer a rede completa, acesse o portal [Amil](#), escolha o produto e o plano desejado, a rede, estado, município, tipo de procedimento e especialidade.

CARÊNCIAS

Saúde e Dental — Titulares, Dependentes e Agregados (exclusivamente para os planos odontológicos)

Beneficiários (Titulares, Dependentes e Agregados — exclusivamente para os planos odontológicos) ingressam com carências contratuais, vide tabelas abaixo (Saúde e Dental).

Beneficiários elegíveis a **portabilidade** ou **súmula 21** (vide esclarecimento abaixo), nos termos da RN 438 ANS, ingressarão com isenção total de carências. Cabe alertar que a Amil possui o direito, de acordo com a legislação vigente, de negar o pedido. Portanto, além de estar elegível, é preciso que a Amil (operadora de destino) aprove tal solicitação. **Beneficiários não elegíveis a portabilidade ou súmula 21 cumprirão carências contratuais.**

Dependentes e Agregados (exclusivamente para os planos odontológicos), cujo titular já tenha cumprido todas as carências a ele estabelecidas em sua admissão, também são beneficiados com a isenção de carências, caso sua adesão ocorra dentro do prazo de 30 dias da data do evento (nascimento, casamento, etc.).

Anualmente, sempre no mês que antecede o aniversário do contrato, que ocorre em fevereiro, é negociada com a Amil a concessão de uma “janela” para adesões sem carências. Estas condições diferenciadas, caso aprovadas, são divulgadas oportunamente.

⚠ Atenção — Aniversário 2026

NÃO OBTIVEMOS APROVAÇÃO PARA A CONCESSÃO DA JANELA DE ADESÕES COM ISENÇÃO DE CARÊNCIAS. Deste modo, as adesões ocorrerão com carências contratuais, exceto para quem esteja elegível à portabilidade ou súmula 21. Na prática, as adesões seguirão como nos demais meses do ano, sem a “janela de adesão sem carências” que costumamos fazer no período do aniversário do contrato.

O que é portabilidade de carências?

A portabilidade de carências é o direito previsto na legislação de planos de saúde, que considera o tempo de carências já cumpridas no plano atual (vigente e adimplente) para efeito de isenção de carências no futuro plano. Para ter elegibilidade à portabilidade, é preciso atender aos critérios estabelecidos na legislação.

O que é a súmula 21?

A Súmula Normativa nº 21, publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), tem objetivo similar ao da portabilidade. O dispositivo define que trocas de contratos dentro da mesma operadora deverão considerar os prazos de carências já cumpridos e veda a recontagem dos mesmos no futuro contrato. Caso haja incremento de benefícios (rede, reembolso) decorrente de upgrade de plano, o beneficiário cumprirá carências apenas para aquilo que for agregado no novo plano.

Informe Planos Amil Saúde e Dental

ASSEMPERJ | Versão 07.08.2026

Carências contratuais — Saúde

Carência	Prazo
Atendimento de Urgência e Emergência.	24 horas
Consultas em consultórios, clínicas e centro médicos, exames básicos de apoio diagnóstico e procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos.	30 dias
Procedimentos de alta complexidade, exames especiais de apoio diagnóstico, procedimentos terapêuticos ambulatoriais e especiais, exames e procedimentos de alta complexidade, honorários médicos de internações e custos hospitalares de internações.	180 dias
Internação hospitalar para tratamento de transtornos psiquiátricos.	180 dias
Parto a termo.	300 dias
Pré-Existência.	24 meses

Carências contratuais — Dental

Carência	Prazo
Procedimentos de Urgência/Emergência.	24 horas
Cirurgias, consultas, dentística, diagnóstico, disfunção temporomandibular, endodontia, odontologia preventiva, ortodontia (instalação de aparelho fixo), periodontia e radiologia.	60 dias
Procedimentos de prótese.	180 dias

Quem pode entrar

No Saúde:

- Titulares (servidores do MPRJ associados à ASSEMPERJ), Dependentes (Filhos*, Cônjuge, Tutelados e Enteado(a)). *Filhos com até 40 anos completos. Os dependentes não podem aderir sem a participação do titular.

No Dental:

- Titulares (servidores do MPRJ associados à ASSEMPERJ), Dependentes (Filhos*, Cônjuge e Tutelados) e Agregados (Pai, Mãe, Sogro, Sogra, Irmãos, Enteado(a), sobrinhos, genro e nora). *Filhos com até 40 anos completos. Os dependentes e agregados não podem aderir sem a participação do titular.

Como utilizar o plano

As consultas, exames e internações devem ser agendados previamente, exceto em emergências. Em caso de desistência ou impossibilidade de comparecimento, deve-se ligar com 24 horas de antecedência notificando, a fim de liberar o horário para outros beneficiários. Alguns exames demandam autorização prévia, assim como as cirurgias em geral. É recomendável que o agendamento desses procedimentos seja feito com boa margem de segurança — em torno de 10 dias para exames e 20 dias para procedimentos cirúrgicos — a fim de evitar transtornos que obriguem a um novo agendamento.

Reembolso

O reembolso é a possibilidade de ressarcimento de despesas médico-hospitalares ou odontológicas feitas em médico ou dentista particular (não credenciado). O cálculo é feito com base em uma tabela pré-determinada, na qual é estipulado um valor limite (teto) máximo para o reembolso, de acordo com o plano contratado. **Todos os planos oferecidos na grade possuem reembolso para livre escolha.**

Informe Planos Amil Saúde e Dental

ASSEMPERJ | Versão 07.08.2026

⚠️ Recomendação importante

Em casos de procedimentos de maior risco, como cirurgias, é recomendável a realização de uma prévia de reembolso para evitar surpresas em relação ao valor reembolsado.

CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

⚠️ Pagamento é pré-pago — atenção às datas

Os planos AMIL-ASSEMPERJ são da modalidade **pré-pagamento**: é preciso efetuar o pagamento antes de ter a cobertura. O pagamento do 1º mês de vigência deve ser feito diretamente à ASSEMPERJ, no ato da contratação/adesão, via PIX (financeiro@assemperj.org.br), com o comprovante anexado à proposta. O desconto em folha só é lançado a partir do 2º mês. Esse fluxo vale para novas adesões, inclusões de dependentes e upgrades — o valor do 1º mês é reembolsado pelo MPRJ.

- Os planos em questão são estipulados pela ASSEMPERJ, por isso é obrigatório que o interessado (Titular) seja um servidor do MPRJ e possua vínculo associativo com a ASSEMPERJ, estando este adimplente. O pagamento dos novos planos Amil – ASSEMPERJ se dá por meio de desconto em folha, razão pela qual é imprescindível que haja margem consignável disponível para os referidos lançamentos mensais. Além disso, nos casos de cargos comissionados, é necessário que haja margem consignável 1 disponível no valor total da contratação ou superior.
- O cancelamento dos planos anteriores que cada associado possui é de exclusiva responsabilidade do próprio associado.** Nem a ASSEMPERJ, nem a Analítica Seguros, poderão interferir ou auxiliar o associado nesse processo.
- Somente serão atendidos e conduzidos pela corretora processos de adesão completos, entregues via e-mail, corretamente preenchidos e assinados.** Não serão aceitos, em hipótese alguma, processos com qualquer tipo de pendência.
- O início de vigência será o dia 01 ou 05 (dependendo do plano escolhido) do mês subsequente ao da adesão, desde que o processo seja entregue completo e sem pendências **até o dia 10 (processos com portabilidade ou súmula 21) e até o dia 15 para todos os demais.** Processos entregues após essas datas serão automaticamente processados no mês subsequente. A exceção é a inclusão de dependentes quando o prazo de 30 dias da data do evento não permita essa programação — nesse caso a inclusão ocorre de imediato. Não há cobrança de taxa de adesão; o único valor a ser pago é a primeira mensalidade do plano escolhido.
- Todos os planos possuem reembolso para despesas clínicas e médico-hospitalares, de acordo com os limites de cada plano. O reembolso somente é disponibilizado para procedimentos com previsão de cobertura pelo rol ANS e contratual. Não há garantia de reembolso integral para procedimentos utilizados fora da rede referenciada. As condições de carências devem ser consultadas previamente junto à corretora.
- Os dependentes deverão escolher obrigatoriamente o mesmo plano dos titulares.** Os agregados (exclusivamente para o plano dental) seguem a mesma regra.
- Uma vez escolhido o plano, a mudança para um plano superior (upgrade) ou inferior (downgrade) somente poderá ser solicitada no aniversário do contrato (fevereiro). **Solicitações devem ser formalizadas sempre no mês anterior (janeiro).**

⚠️ Upgrade de plano gera carência de 180 dias

Mudanças de plano para um nível superior, mesmo realizadas no mês do aniversário, estão sujeitas ao cumprimento de carência de 180 dias para os benefícios acrescentados no novo plano (rede referenciada,

Informe Planos Amil Saúde e Dental

ASSEMPERJ | Versão 07.08.2026

limites de reembolso maiores, coberturas extras). Essa restrição não tem relação com procedimentos. Beneficiários oriundos de planos Amil de fora que optem por aderir aos planos Amil-ASSEMPERJ, ainda que elegíveis à isenção por portabilidade ou súmula 21, estarão sujeitos a essa mesma carência de 180 dias, caso o novo plano seja superior ao vigente na operadora de origem.

- A perda de vínculo associativo junto à ASSEMPERJ ou junto ao MPRJ enseja perda imediata do direito aos planos, com exclusão processada de modo imediato.
- O associado pode solicitar sua exclusão voluntária de qualquer dos produtos (saúde ou dental) a qualquer tempo. Seu retorno ao plano ocorrerá mediante aplicação de todas as carências contratuais.
- Os custos expressos neste material são válidos até o dia **31/01/2027**.
- A rede referenciada oferecida em cada plano está sujeita a alterações a qualquer tempo, em conformidade com a legislação vigente.
- Os reajustes anuais são aplicados sempre em fevereiro, mês de aniversário dos contratos, nos termos da legislação vigente. O reajuste proposto sempre refletirá o resultado do contrato quanto à sinistralidade (relação receita x despesa-utilização), bem como os impactos da inflação médica acumulada dos últimos 12 meses.
- As condições gerais dos produtos, saúde e odontológico, bem como os contratos firmados entre a Amil e a ASSEMPERJ, estão disponíveis para consulta a qualquer tempo junto à administração da associação.
- A Analítica Seguros, corretora que assessora a ASSEMPERJ na administração do presente contrato, prestará todo suporte à associação e aos associados. Solicite contato junto à administração da associação.
- A corretora Analítica Seguros disponibiliza um funcionário para atendimento comercial aos interessados, no espaço da associação (prédio sede do MPRJ) bem como na sede da ASSEMPERJ, em regime de plantão. As escalas são variáveis conforme feriados e datas festivas — consulte a administração da associação para a programação.
- Pedimos a gentileza de notificar a ASSEMPERJ sempre que algum problema em relação à utilização dos planos for observado. Esse feedback é fundamental para que, junto com a corretora, possamos cobrar soluções e melhorias por parte da operadora de saúde.