

PROPOSTA DE ADESÃO PLANO MÉDICO/ONDOTOLÓGICO – AMIL - ASSEMPERJ

Versão 01.2025

Preencher apenas os campos em branco (não sombreados).

1. Estipulante	
Associação dos Servidores do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro - ASSEMPERJ	

2. Produto					
N° Contrato Saúde Amil 1003926		N° Contrato Saúde One 1416234		N° Contrato Odonto Amil 1004559	

Marque com "x" a opção de produto/contrato escolhida.

3. Tipo de movimentação			
1. Inclusão Titular		2. Inclusão Dependente	

Marque com "x" a opção de tipo de movimentação a ser realizada.

4. Data de início de vigência	

A data de início de vigência deve ser sempre o dia 01 do mês subsequente ao da adesão/inclusão.

5. Dados pessoais beneficiário titular			
Nome			
CPF			
Data Nascimento		Estado Civil	
Sexo	Masculino		Feminino

Marque com "x" para o sexo.

6. Dados cadastrais beneficiário titular			
Endereço			
Complemento			
Bairro		CEP	
Cidade		Estado	
e-mail pessoal			
Telefone pessoal 1		Telefone pessoal 2	
e-mail profissional			
Telefone profissional 1		Telefone profissional 2	

7. Dados do plano de saúde escolhido					
Amil 400 QC		Amil 400 QP		Amil 500 QP	
One 1000 LT3		One 2000 LT4			
Aditivo Resgate Saúde (VÁLIDO APENAS PARA LINHA AMIL)	Sim			Não	

Marque com "x" para o plano e aditivos escolhidos.

Caso não deseje contratar o aditivo, selecionar a opção "não".

8. Dados do plano odontológico escolhido					
Dental 200		Dental 400 R		Dental 600 R	

Marque com "x" para o plano e aditivos escolhidos. Caso não deseje contratar o aditivo, selecionar a opção "não".

PROPOSTA DE ADESÃO PLANO MÉDICO/ONDOTOLÓGICO – AMIL - ASSEMPERJ

9. Dados pessoais beneficiário dependente 1					
Nome					
CPF					
Data Nascimento			Estado Civil		
Vínculo parentesco	Cônjuge		Filho(a)		Tutelado(a)
Sexo	Masculino			Feminino	

Marque com "x" para as questões que envolvam opções.

9. Dados pessoais beneficiário dependente 2					
Nome					
CPF					
Data Nascimento			Estado Civil		
Vínculo parentesco	Cônjuge		Filho(a)		Tutelado(a)
Sexo	Masculino			Feminino	

Marque com "x" para as questões que envolvam opções.

9. Dados cadastrais beneficiário dependente 3					
Nome					
CPF					
Data Nascimento			Estado Civil		
Vínculo parentesco	Cônjuge		Filho(a)		Tutelado(a)
Sexo	Masculino			Feminino	

Marque com "x" para as questões que envolvam opções.

9. Dados cadastrais beneficiário dependente 4					
Nome					
CPF					
Data Nascimento			Estado Civil		
Vínculo parentesco	Cônjuge		Filho(a)		Tutelado(a)
Sexo	Masculino			Feminino	

Marque com "x" para as questões que envolvam opções.

10. Valores dos planos e aditivos escolhidos. (Vide tabela no final do formulário)				
Titular	Valor Saúde		Valor Aditivo Saúde	
	Valor Odonto		Valor Aditivo Odonto	
Dependente 1	Valor Saúde		Valor Aditivo Saúde	
	Valor Odonto		Valor Aditivo Odonto	
Dependente 2	Valor Saúde		Valor Aditivo Saúde	
	Valor Odonto		Valor Aditivo Odonto	
Dependente 3	Valor Saúde		Valor Aditivo Saúde	
	Valor Odonto		Valor Aditivo Odonto	
Dependente 4	Valor Saúde		Valor Aditivo Saúde	
	Valor Odonto		Valor Aditivo Odonto	
Total Grupo Familiar	Valor Saúde		Valor Aditivo Saúde	
	Valor Odonto		Valor Aditivo Odonto	

PROPOSTA DE ADESÃO PLANO MÉDICO/ONDOTOLÓGICO – AMIL - ASSEMPERJ

Carta de orientação ao beneficiário

Prezado(a) beneficiário(a),

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à Saúde e tem como missão defender o interesse público, vem aqui prestar informações para o preenchimento da Declaração de Saúde.

O que é a Declaração de Saúde?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde no qual o beneficiário, ou seu representante legal, deverá informar as doenças ou lesões preexistentes de que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano.

Para seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo dessa opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, **deve declarar essa doença ou lesão.**

Ao declarar as doenças e/ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador no momento da contratação:

A operadora não poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isso ocorra, encaminhe denúncia à ANS.

A operadora deverá oferecer: cobertura total ou Cobertura Parcial Temporária (CPT), podendo ainda oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade pago ao plano privado de assistência à Saúde para que se possa utilizar toda a cobertura contratada após os prazos de carência contratuais.

No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e Procedimentos de Alta Complexidade (PAC - tomografia, ressonância, endoscopia etc.), **exclusivamente** relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados a partir da assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.

Não haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carência estabelecidos no contrato.

Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para essa doença ou lesão.

Assinatura do Beneficiário Titular (Proponente Responsável)

PROPOSTA DE ADESÃO PLANO MÉDICO/ONDOTOLÓGICO – AMIL - ASSEMPERJ

Ao não declarar as doenças e/ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador no momento da contratação:

A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, nesse caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT ou solicitar abertura de processo administrativo à ANS, denunciando a omissão da informação.

Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá **rescindir** o contrato por **fraude** e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes à doença ou lesão não declarada.

Até o julgamento final do processo pela ANS, **não** poderão ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso ocorram, encaminhe denúncia à ANS.

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária (CPT) **não** é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde.

Para consultar a lista completa de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: www.ans.gov.br – **Perfil Beneficiário**. Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone 0800-701-9656 ou consulte a página da ANS – www.ans.gov.br – **Perfil Beneficiário**.

Intermediário entre a operadora e o beneficiário (Corretora)		Assinatura do beneficiário Titular	
Local e Data		Local e Data	
CPF		CPF	
Assinatura/Nome		Assinatura/Nome	

Declaração de Saúde

No preenchimento desta declaração, V.Sa. tem a opção de ser orientado(a), sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora ou por um profissional de sua confiança, caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade. A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças ou lesões preexistentes, como sendo aquelas de que V.Sa. tenha conhecimento, no momento da assinatura do contrato, com relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes. Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, é oferecida, pela Amil, a seguinte opção: **Cobertura Parcial Temporária** – na qual o beneficiário não terá direito aos procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionados à doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses. Nenhuma cobertura poderá ser negada ao consumidor para doenças ou lesões preexistentes não declaradas até que a operadora apresente à ANS as provas concretas de que o consumidor omitiu a doença ou lesão no preenchimento desta declaração. Até a decisão da ANS, não haverá suspensão do contrato nem

do atendimento. A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente, da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento desta declaração, desde que comprovada pela ANS, poderá acarretar suspensão ou o cancelamento do contrato.

PROPOSTA DE ADESÃO PLANO MÉDICO/ONDOTOLÓGICO – AMIL - ASSEMPERJ

Declaração Pessoal de Saúde						
Preenchimento pelo beneficiário titular, por si e por seus dependentes.		Resposta escrevendo “sim” ou “não”.				
Informe se é portador ou se já sofreu de		Titular	Dep.1	Dep.2	Dep.3	Dep.4
1.	Doenças do aparelho cardiocirculatório (como angina, infarto, pressão alta, arritmias, aneurisma de aorta, cirurgias cardíacas anteriores e doenças cardíacas congênicas, entre outras).					
2.	Doenças endócrinas e metabólicas (como diabetes, hipertireoidismo e hipotireoidismo, obesidade, entre outras).					
3.	Doenças do sangue, imunológicas e do colágeno ou autoimunes (como anemias, púrpuras, talassemias, HIV, AIDS e suas complicações, lúpus eritematoso, esclerose múltipla e artrite reumatoide, entre outras).					
4.	Doenças do sistema nervoso e cerebrovasculares (como derrame, aneurisma cerebral, paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, epilepsia e doenças congênicas do sistema nervoso, entre outras).					
5.	Doenças crônicas do aparelho respiratório e/ou doenças do ouvido, do nariz da garganta (como asma, bronquite, enfisema, pneumonia de repetição, sinusite e desvio de septo nasal, entre outras).					
6.	Doenças ortopédicas (como artrose, hérnia de disco, deformidade óssea, osteoporose, lesão ligamentar, lesão de tendão, desvios de coluna, deformidades ósseas congênicas e fraturas de repetição, entre outras).					
7.	Doenças ou tumorizações malignas (como leucemia, mieloma múltiplo, carcinoma, melanoma, linfoma e todos os tipos de câncer).					
8.	Doenças do aparelho urinário e do aparelho reprodutor masculino ou feminino (como cálculo renal, insuficiência renal, infecção urinária de repetição, incontinência urinária, doenças da próstata, cistos de ovário, mioma uterino e nódulos de mama, entre outras).					
9.	Qualquer outra doença que não se relacione ou não se encontre descrita nos itens anteriores ou que tenha gerado ou não internação.					

Obs: Não responda de forma abreviada “S” ou “N”. A operadora não aceita abreviação.

Esclarecimentos adicionais sobre a declaração pessoal de saúde			
Caso a resposta para algumas das questões anteriores tenha sido “sim” ou qualquer outra doença que não se encontre listada no Quadro I, para qualquer um dos beneficiários, especifique a razão dela (data, tratamento, quadro atual e tudo mais que julgar importante para avaliação de sua saúde).			
Item	Beneficiário	Data evento	Esclarecimentos

Obs: Respostas positivas no questionário de saúde, precisam ser esclarecidas no quadro acima. O item refere-se ao beneficiário. Titular ou Dependentes (1, 2, 3 e 4).

PROPOSTA DE ADESÃO PLANO MÉDICO/ONDOTOLÓGICO – AMIL - ASSEMPERJ

Informações adicionais					
Informe:	Titular	Dep.1	Dep.2	Dep.3	Dep.4
Peso					
Altura					

Entrevista médica qualificada		
(A entrevista qualificada é uma opção do cliente e não é exigida por parte da operadora.)		
1.		Declaro que me foram oferecidas as opções 2 e 3 abaixo especificadas e que, tendo conhecimento de todos os itens da Declaração de Saúde, optei por não fazer a entrevista médica qualificada, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas nesta declaração.
2.		Declaro que fui orientado por médico credenciado da Amil Assistência Médica no preenchimento desta Declaração de Saúde.
3.		Declaro que fui orientado por médico particular de minha confiança no preenchimento desta Declaração de Saúde.
Assinatura do médico orientador, com carimbo e CRM: _____		

Declaro, para todos os efeitos legais, que li e entendi este documento e que nada omiti sobre meu estado de saúde e de meus dependentes, tendo prestado informações completas e verídicas. Autorizo, também, que médicos, clínicas ou quaisquer entidades públicas ou privadas prestem aos médicos da **Amil** informações sobre meu estado de saúde e de meus dependentes, bem como as moléstias das quais tenhamos, porventura, sofrido e o resultado de exames, isentando-os, desde já, de qualquer responsabilidade que implique ofensa ao sigilo profissional.

Local e data

Assinatura do beneficiário titular

PROPOSTA DE ADEÇÃO PLANO MÉDICO/ONDOTOLÓGICO – AMIL - ASSEMPERJ

CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES:

- 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.
- O cancelamento dos planos anteriores que cada associado possui é de exclusiva responsabilidade do próprio. Nem a ASSEMPERJ e tampouco 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 e o término de vigência, o último dia do mês da solicitação, desde que o processo seja entregue completo e sem pendências até o dia 15 de cada mês. Processos entregues após esta data, serão automaticamente processados no mês subsequente ao da solicitação. A única exceção será para a inclusão de dependentes onde o prazo de 30 dias da data do evento não permita essa programação. Nesses casos a inclusão ocorrerá de imediato, para que não haja penalidade de carências, caso o beneficiário titular já tenha cumprido tal penalidade em seu contrato. O valor devido da primeira mensalidade será “cheio”, mesmo que a inclusão ocorra no meio do mês. Não há cobrança de taxa de adesão. O único valor a ser pago na adesão será o referente a primeira mensalidade do plano escolhido.
- **Todos os planos disponibilizados na grade dos contratos Assemperj - Amil possuem reembolso para despesas clínicas e médico/hospitalares, de acordo com os limites de cada plano. Não há garantia de reembolso integral para procedimentos que sejam utilizados fora da rede referenciada oferecida pela operadora.**
- As condições de carências devem ser consultadas previamente junto a corretora.
- Estão elegíveis aos planos de saúde, como dependentes os seguintes vínculos: Cônjuge, Filhos (até 40 anos) e Tutelados (na forma da Lei).
- Estão elegíveis “exclusivamente” aos planos odontológicos, como agregados os seguintes vínculos: Pai, Mãe, Irmão, Sobrinho, Enteado, Sogro(a), Genro/Nora e Tutelados (na forma da Lei).
- Os dependentes deverão escolher obrigatoriamente o mesmo plano dos titulares.
- Uma vez escolhido o plano, sua mudança para um plano superior (upgrade) ou inferior (downgrade) somente poderá ser solicitada no aniversário do contrato (fevereiro). Solicitações devem ser formalizadas no mês anterior (janeiro).
- **Mudanças de plano para um nível superior, mesmo que realizadas no mês do aniversário, conforme previsto contratualmente estarão sujeitas ao cumprimento de carência de 180 dias, exclusiva para a rede referenciada adicional, adquirida no novo plano. Essa restrição não tem qualquer relação com procedimentos. Beneficiários oriundos de planos Amil de fora, que optem por aderir aos planos Amil-ASSEMPERJ, ainda que estejam elegíveis a isenção ou redução de carências previstas para o período de aniversário e que sejam aceitos após análise técnica prévia, estarão sujeitos ao cumprimento de carência de 180 dias para a rede agregada no novo plano, caso o mesmo seja superior ao atual vigente na operadora.**
- A perda de vínculo seja ele associativo junto a ASSEMPERJ ou junto ao MPRJ enseja em perda “imediata” de direito aos referidos planos, tendo sua exclusão processada de modo imediato.
- O segurado poderá solicitar sua exclusão voluntária de qualquer dos produtos (saúde ou dental), a qualquer tempo.
- 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 aniversários dos contratos, nos termos da legislação vigente. O reajuste proposto sempre refletirá o resultado do contrato no que se refere a sua 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. Caso haja necessidade, favor solicitar a administração da associação.
- A ANALÍTICA SEGUROS, corretora que assessora ASSEMPERJ na administração do presente contrato, prestará todo suporte a associação e aos associados. Caso haja a necessidade de consultá-la, favor solicitar contato junto a administração da associação.

PROPOSTA DE ADESÃO PLANO MÉDICO/ONDOTOLÓGICO – AMIL - ASSEMPERJ

GRADE DE PRODUTOS SAÚDE

Tabela de Custos Planos Médicos - Vigência: 01/02/2025 a 31/01/2026

Linha	amil	amil	amil	amil	amil one	amil one
Plano	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
Reembolso Consulta	R\$ 107,80	R\$ 107,80	R\$ 161,70	R\$ 269,50	R\$ 431,20	R\$ 539,00
Faixas Etárias	Custos					
00 a 18	R\$ 308,13	R\$ 354,44	R\$ 414,45	R\$ 515,94	R\$ 700,92	R\$ 960,18
19 a 23	R\$ 385,19	R\$ 443,07	R\$ 518,05	R\$ 644,92	R\$ 876,15	R\$ 1.200,26
24 a 28	R\$ 481,47	R\$ 553,80	R\$ 647,60	R\$ 806,15	R\$ 1.095,18	R\$ 1.500,27
29 a 33	R\$ 529,58	R\$ 609,20	R\$ 712,17	R\$ 886,77	R\$ 1.204,66	R\$ 1.650,28
34 a 38	R\$ 556,07	R\$ 639,65	R\$ 747,98	R\$ 931,09	R\$ 1.264,87	R\$ 1.732,76
39 a 43	R\$ 611,70	R\$ 703,60	R\$ 822,75	R\$ 1.024,21	R\$ 1.391,41	R\$ 1.906,07
44 a 48	R\$ 764,62	R\$ 879,53	R\$ 1.028,46	R\$ 1.104,11	R\$ 1.739,27	R\$ 2.382,62
49 a 53	R\$ 841,09	R\$ 967,47	R\$ 1.131,27	R\$ 1.408,27	R\$ 1.913,19	R\$ 2.620,87
54 a 58	R\$ 1.051,36	R\$ 1.209,34	R\$ 1.414,10	R\$ 1.760,34	R\$ 2.391,47	R\$ 3.276,08
Mais de 59	R\$ 1.839,88	R\$ 2.116,35	R\$ 2.474,70	R\$ 3.080,62	R\$ 4.185,08	R\$ 5.733,18

Cobertura: Aditivo Resgate Saúde	
Todas as faixas	R\$ 39,15
Observações	Contratação opcional com custo a parte.

GRADE DE PRODUTOS ODONTOLÓGICOS

Tabela de Custos Planos Odontológicos
Vigência: 01/02/2025 a 31/01/2026

Linha	amil	amil	amil	amil
Plano	DENTAL 200 R	DENTAL 400 R	DENTAL 600 R	DENTAL 700 R
Perfil	Básico	Intermediário	Especial	Especial
Rede	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional
Coberturas (Resumidas)	Rol ANS Ampliado	Rol ANS ampliado + Prótese em Resina	Rol ANS ampliado + Prótese em Resina + Ortodontia	Rol ANS ampliado + Prótese em Porcelana + Ortodontia + Clareamento com gel e moldura
Reembolso Consulta	R\$ 14,04	R\$ 14,04	R\$ 14,04	R\$ 14,04
Faixas Etárias	Custos			
Todas	R\$ 25,34	R\$ 53,87	R\$ 91,63	R\$ 105,05