

MOVIMENTAÇÃO PLANO MÉDICO/ODONTOLÓGICO – 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 a ser movimentado.

3. Data de vigência da movimentação (início ou término)

A data de início de vigência deve ser sempre o dia 01 (Amil) ou 05 (One) do mês subsequente ao da alteração e a término, sempre o último dia do mês da movimentação.

4. Nome beneficiário titular			
Nome			
CPF			
Data Nascimento		Estado Civil	
Sexo	Masculino		Feminino

5. Tipo de movimentação			
1. Exclusão		Motivo	
Pedido cliente (exclusão voluntária)		Exoneração/Perda Elegibilidade	Outros:
Outros - Detalhes			
2. Alteração dados			
Nome		Data Nasc.	N° Doc
Dados bancários		Endereço	Outros
Outros - Detalhes			
3. Troca de plano			
Upgrade		Downgrade	

Marque com "x" para o tipo de movimentação a ser realizada.

6. Dados do novo plano de saúde escolhido (em caso de troca)			
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.

6. Dados do plano de saúde atual (em caso de troca)			
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 atuais.

MOVIMENTAÇÃO PLANO MÉDICO/ODONTOLÓGICO – AMIL - ASSEMPERJ

6. Dados do novo plano odontológico escolhido (em caso de troca)							
Dental 200 R		Dental 400 R		Dental 600 R		Dental 700 R	

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

6 Dados do plano odontológico atual (em caso de troca)							
Dental 200 R		Dental 400 R		Dental 600 R		Dental 700 R	

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

6. Valores dos planos e aditivos escolhidos (em caso de troca. (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	

6. Valores dos planos e aditivos atuais (em caso de troca. (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	

MOVIMENTAÇÃO PLANO MÉDICO/ODONTOLÓGICO – AMIL - ASSEMPERJ

6. ALTERAÇÃO DADOS - Novos dados pessoais beneficiário titular			
Nome			
CPF			
Data Nascimento		Estado Civil	
Sexo	Masculino		Feminino

Marque com "x" para o sexo.

7. ALTERAÇÃO DADOS - Novos 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	
Dados bancários	Banco	Agencia	Conta

7 ALTERAÇÃO DADOS - Novos 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.

7 ALTERAÇÃO DADOS - Novos 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.

7 ALTERAÇÃO DADOS - Novos dados pessoais 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.

7 ALTERAÇÃO DADOS - Novos dados pessoais 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.

MOVIMENTAÇÃO PLANO MÉDICO/ODONTOLÓGICO – AMIL - ASSEMPERJ

8. EXCLUSÃO - Dados pessoais beneficiário titular			
Nome			
CPF			
Data Nascimento			
Sexo	Masculino		Feminino

8 EXCLUSÃO - Dados pessoais beneficiário dependente 1			
Nome			
CPF			
Data Nascimento			
Vínculo parentesco	Cônjuge		Filho(a) Tutelado(a)
Sexo	Masculino		Feminino

8 EXCLUSÃO - Dados pessoais beneficiário dependente 2			
Nome			
CPF			
Data Nascimento			
Vínculo parentesco	Cônjuge		Filho(a) Tutelado(a)
Sexo	Masculino		Feminino

8. EXCLUSÃO - Dados pessoais beneficiário dependente 3			
Nome			
CPF			
Data Nascimento			
Vínculo parentesco	Cônjuge		Filho(a) Tutelado(a)
Sexo	Masculino		Feminino

8. EXCLUSÃO - Dados pessoais beneficiário dependente 4			
Nome			
CPF			
Data Nascimento			
Vínculo parentesco	Cônjuge		Filho(a) Tutelado(a)
Sexo	Masculino		Feminino

MOVIMENTAÇÃO PLANO MÉDICO/ODONTOLÓGICO – AMIL - ASSEMPERJ

CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES:

- 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 das alterações será o dia 01 (Amil) ou 05 (One) do mês subsequente ao da adesão e o término de vigência para as exclusões, 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 o dia 15 de cada mês serão automaticamente processados no mês subsequente ao da solicitação.
- Mudanças para um plano superior (upgrade) ou inferior (downgrade) somente poderão ser solicitadas 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 médica 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 “imediate” 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.
- 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.

Local e data

Assinatura do beneficiário titular

MOVIMENTAÇÃO PLANO MÉDICO/ODONTOLÓGICO – 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				
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 DENTAL

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