

Relação documentos para adesão aos novos planos Amil Saúde e Odontológico – ASSEMPERJ

Versão 07.01.2026

Todos os documentos devem ser salvos no formato PDF

DO TITULAR:

- Proposta de Adesão versão 01/2026 preenchida e assinada;
- Autorização do MPRJ preenchida com o valor total da contratação (não considere no somatório o valor da mensalidade da associação);
- Cópia do RG e CPF ou CNH;
- Cópia comprovante de residência (Arquivo sem senha, somente a página contendo o endereço e com a data de emissão atual);
- Cópia do vínculo associativo ASSEMPERJ (emitido no site da Assemperj);
- Cópia do último contracheque do MPRJ.

DOS DEPENDENTES:

- Cópia de certidão de nascimento do(s) filho(s) menor(es) de 16 anos;
- Cópia de certidão de casamento(cônjuge) ou Escritura Pública Declaratória de União Estável(Companheiro(a), emitida pelo cartório;
- Cópia do RG e CPF do(s) filho(s), do cônjuge e agregado(s) (elegibilidade somente para o plano dental);
- Cópia do documento de tutela definitiva em caso de dependentes tutelados.

DO TITULAR E DOS DEPENDENTES:

DO PLANO ANTERIOR

Para adesão por meio de portabilidade de carências, Resolução Normativa 438/2018 da ANS):

- **Carta para fins de portabilidade emitida pela operadora** do plano atual vigente, por beneficiário e contendo a informação sobre o status de internação no mesmo documento. Caso a operadora de origem emita a carta de portabilidade sem a informação sobre o status de internação, orientamos que solicite o documento **complementar contendo a assinatura da operadora**;
- Cópia da carteira do plano, por beneficiário;
- Comprovante de pagamento do plano dos três últimos meses.

Para adesão por meio da Súmula 21:

- Caso possua o plano Amil vigente, favor enviar a carta de portabilidade emitida pela operadora para adesão através da Súmula 21, por beneficiário.

DO PLANO NOVO:

- Comprovante de pagamento através de PIX para a conta da Assemperj chave: assemperj@assemperj.org.br , no valor total da contratação referente a primeira mensalidade do(s) plano(s), que deverá ser apresentado junto com a proposta de adesão e demais documentos exigidos para o processo.

PROPOSTA DE ADESÃO PLANO MÉDICO/ONDOTOLÓGICO – AMIL - ASSEMPERJ

Versão 01.2026

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			
Nº Contrato Saúde Amil 1003926		Nº Contrato Saúde One 1416234	
		Nº Contrato Odonto Amil 1004559	

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

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

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

Os dois campos devem ser preenchidos, se houver movimentação conjunta *titular + dependente

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, para planos da linha Amil e dia 05 para planos da linha One.

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		Amil 700 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".

Os planos da linha One já possuem a cobertura do Resgate Saúde, por isso na escolha dos planos da linha One, não é preciso escolher uma das opções.

8. Dados do plano odontológico escolhido							
Dental 200 R		Dental 400 R		Dental 600 R		Dental 700 R	

Marque com "x" para o plano escolhidos

Local e data

Assinatura do beneficiário titular

PROPOSTA DE ADESAO PLANO MÉDICO/ONDOTOLÓGICO – AMIL - ASSEMPERJ

9. Dados pessoais beneficiário dependente /agregado 1					
V					
#h7					
) V			- #		
†	#		7		u
o	U		7		

Marque com "x" para as questões que envolvam opções. A condição de agregado só possui elegibilidade para o plano dental.

9. Dados pessoais beneficiário dependente / agregado 2					
V					
#h7					
) V			- #		
†	#		7		u
o	U		7		

Marque com "x" para as questões que envolvam opções. A condição de agregado só possui elegibilidade para o plano dental.

9. Dados cadastrais beneficiário dependente / agregado 3					
V					
#h7					
) V			- #		
†	#		7		u
o	U		7		

Marque com "x" para as questões que envolvam opções. A condição de agregado só possui elegibilidade para o plano dental.

9. Dados cadastrais beneficiário dependente / agregado 4					
V					
#h7					
) V			- #		
†	#		7		u
o	U		7		

Marque com "x" para as questões que envolvam opções. A condição de agregado só possui elegibilidade para o plano dental.

10. Valores dos planos e aditivos escolhidos. (Vide tabela no final do formulário)				
u	† o		† o	
	† \			
)	† o		† o	
	† \			
)	† o		† o	
	† \			
)	† o		† o	
	† \			
)	† o		† o	
	† \			
u 8	† u o		† u o	
7	† u \			

PROPOSTA DE ADESAO PLANO MÉDICO/ONDOTOLÓGICO – AMIL - ASSEMPERJ

Carta de orientação ao beneficiário

h
 ... V ... o ... Vo ...
 ... o ...
 ...) ... o

O que é a Declaração de Saúde?

/ ... # ... h ... o ...
 h ...
 o ...
 h ...
 ... deve declarar essa doença ou lesão

Ao declarar as doenças e/ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador nomomento da contratação:

... # ... Vo ...
 ... # ... h ... u ... #hu ...
 o ...
 V ... #hu ... yu@ ...
 ... h ... # ... h° # ... exclusivamente

Não ...

V ...) ... o ...

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

#hu Vo

rescindir fraude

Vo não

Vo

u-V(i \ o

h u #hu não h o

h
h
Beneficiário
www.ans.gov.br – Perfil Beneficiário

Intermediário entre a operadora e o beneficiário (Corretora)		Assinatura do beneficiário Titular	
O _____) _____		O _____) _____	
#h7'		#h7'	
_____		_____	

Declaração de Saúde

Diagrama de uma rede de neurônios com 3 camadas: 4 neurônios na camada de entrada, 3 na camada oculta e 2 na camada de saída. As conexões são representadas por linhas retas. O texto "Cobertura Parcial Temporária" está no centro da rede.

IMPORTANTE:

Beneficiários que estejam elegíveis a portabilidade, nos termos da RN 438, bem como a Súmula 21, estão desobrigados a preencher nova declaração pessoal de saúde.

PROPOSTA DE ADESÃO PLANO MÉDICO/ONDOTOLÓGICO – AMIL - ASSEMPERJ

Declaração Pessoal de Saúde						
Preenchimento pelo beneficiário titular, por si e por seus dependentes.		Responda 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 congênitas, 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 congênitas 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 congênitas 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).

Local e data

Assinatura do beneficiário titular

PROPOSTA DE ADESAO PLANO MÉDICO/ONDOTOLÓGICO – AMIL - ASSEMPERJ

Informações adicionais					
Informe:	Titular	Dep./Agreg.1	Dep./Agreg.2	Dep./Agreg.3	Dep./Agreg.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/ODONTOLÓGICO – 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. Para os servidores extraquadro é preciso observar a 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 10 (processos que envolvam portabilidade ou súmula 21) e até o dia 15 de cada mês, para todos os demais.** Processos entregues após as datas mencionadas, 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), enteado (desde que comprovado o vínculo do(a) genitor(a) com o titular do plano) 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 (desde que comprovado o vínculo do(a) genitor(a) com o titular do plano) 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 (down-grade) 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, para benefícios acrescentados no novo plano, tais como: rede referenciada, limites de reembolso maiores, coberturas extras. 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 em virtude de portabilidade ou súmula 21, estarão sujeitos ao cumprimento de carência de 180 dias para benefícios acrescentados no novo plano, caso o mesmo seja superior ao vigente atual 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.

PROPOSTA DE ADEÇÃO PLANO MÉDICO/ODONTOLÓGICO – AMIL - ASSEMPERJ

Termo de Ciência e Consentimento para Tratamento de Dados Pessoais Sensíveis

Pelo presente instrumento, na qualidade de beneficiário _____ do contrato de assistência médica/odontológica firmado entre a **Associação dos Servidores do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro - ASSEMPERJ** e a **Amil Assistência Médica Internacional S/A**, declaro estar ciente e concordar com o tratamento de meus dados pessoais sensíveis, conforme as diretrizes abaixo:

Finalidade Específica: Autorizo o acesso e a manipulação do meu histórico de utilização detalhado (sinistralidade, diagnósticos, exames e procedimentos) exclusivamente para fins de Gestão Médica e Auditoria em Saúde. Isso inclui a identificação de perfis epidemiológicos, programas de prevenção de doenças e a gestão estratégica do contrato.

Agentes de Tratamento: Os dados serão manipulados estritamente pelas equipes médicas e técnicas da **Amil Assistência Médica Internacional S/A** e da **Medi Consultoria e Gerenciamento em Saúde Ltda**, ambas sujeitas a rigoroso dever de sigilo profissional e ético.

Representação Legal: Reconheço e autorizo o representante legal da **Associação dos Servidores do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro - ASSEMPERJ**, a atuar em meu nome junto às gestoras para viabilizar o fluxo de informações necessário à manutenção e sustentabilidade do plano de saúde.

Base Legal (LGPD): Este consentimento é fornecido com fulcro no Artigo 11, inciso I, da Lei nº 13.709/2018 (LGPD), garantindo que o tratamento ocorra para a proteção da saúde e execução do contrato de assistência.

Segurança e Sigilo: A Operadora e a Empresa de Gestão garantem a adoção de medidas técnicas e administrativas aptas a proteger os dados de acessos não autorizados ou de qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito.

Direitos do Titular: Estou ciente de que posso revogar este consentimento a qualquer momento, mediante solicitação expressa, ciente de que tal revogação poderá impactar a disponibilidade de programas de gestão de saúde personalizados.







[] Li e concordo com o tratamento dos meus dados sensíveis para os fins de gestão médica acima descritos.

Local e data

Assinatura do beneficiário titular





PROPOSTA DE ADEÇÃO PLANO MÉDICO/ONDOTOLÓGICO – AMIL - ASSEMPERJ

GRADE DE PRODUTOS SAÚDE

Tabela de Custos Planos Médicos - Vigência: 01/02/2026 a 31/01/2027						
Linha						
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
Ex. Reembolso Consulta CRM (exceto sessões terapias em geral)	R\$ 113,37	R\$ 113,37	R\$ 170,06	R\$ 283,43	R\$ 453,49	R\$ 566,87
Faixas Etárias	Custos (por pessoa)					
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	
Todas as faixas	R\$ 42,87
Observações	Contratação opcional com custo a parte (por pessoa).

GRADE DE PRODUTOS ODONTOLÓGICOS

Tabela de Custos Planos Odontológicos Vigência: 01/02/2026 a 31/01/2027				
Linha				
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)	RoI ANS Ampliado	RoI ANS ampliado + Prótese em Resina	RoI ANS ampliado + Prótese em Resina + Ortodontia	RoI 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 (por pessoa)			
Todas	R\$ 26,12	R\$ 55,54	R\$ 94,47	R\$ 108,31

Local e data

Assinatura do beneficiário titular