

PROPOSTA DE ADESÃO

Plano Médico / Odontológico — Amil — Assemperj | Versão 08.2026

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	Nº Contrato Saúde One	Nº Contrato Dental Amil
1003926	1416234	1004559

Marque com "x" o produto/contrato escolhido.

3. Tipo de Movimentação

☐ 1. Inclusão Titular ☐ 2. Inclusão Dependente

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

4. Data de Início de Vigência

Data de Início de Vigência	01 (Linha Amil)	05 (Linha One)	Imediato (excepcional)
☒ 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 completo		
CPF	Data de Nascimento	Estado Civil
Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino		

6. Dados Cadastrais — Beneficiário Titular

Endereço		
Complemento	Bairro	CEP
Cidade	Estado	
E-mail pessoal	E-mail profissional	
Telefone pessoal 1	Telefone pessoal 2	Telefone profissional

7. 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

Os planos da linha One já incluem cobertura do Resgate Saúde.

8. Plano Odontológico Escolhido

☐ Dental 200 R	☐ Dental 400 R	☐ Dental 600 R	☐ Dental 700 R
---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Local e Data	Assinatura do Beneficiário Titular
Data:	Nome completo:
Assinatura	Assinatura

9. Dados Pessoais — Dependente / Agregado 1

Nome completo		
CPF	Data de Nascimento	Estado Civil
Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino	Vínculo ☐ Cônjuge ☐ Filho(a) ☐ Tutelado(a) ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Irmão ☐ Sogro(a) ☐ Genro/Nora	

9. Dados Pessoais — Dependente / Agregado 2

Nome completo		
CPF	Data de Nascimento	Estado Civil
Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino	Vínculo ☐ Cônjuge ☐ Filho(a) ☐ Tutelado(a) ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Irmão ☐ Sogro(a) ☐ Genro/Nora	

9. Dados Pessoais — Dependente / Agregado 3

Nome completo		
CPF	Data de Nascimento	Estado Civil
Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino	Vínculo ☐ Cônjuge ☐ Filho(a) ☐ Tutelado(a) ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Irmão ☐ Sogro(a) ☐ Genro/Nora	

■ Agregados são elegíveis exclusivamente ao plano odontológico.

9. Dados Pessoais — Dependente / Agregado 4

Nome completo		
CPF	Data de Nascimento	Estado Civil
Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino	Vínculo ☐ Cônjuge ☐ Filho(a) ☐ Tutelado(a) ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Irmão ☐ Sogro(a) ☐ Genro/Nora	

■ Agregados são elegíveis exclusivamente ao plano odontológico.

10. Valores dos Planos e Aditivos Escolhidos

(Consulte a grade de produtos ao final do formulário)

	Saude	Resgate Saude	Dental
Titular			
Dependente 1			
Dependente 2			
Dependente 3			
Dependente 4			
TOTAL GRUPO FAMILIAR			

Local e Data	Assinatura do Beneficiário Titular
Data:	Nome completo:
Assinatura	Assinatura

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 Agravado, 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.

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 a 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. A 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.

■ **Ponto de Atenção: A CPT não é carência. O beneficiário não deve deixar de informar doenças ou lesões ao preencher a Declaração de Saúde. Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isso não significa cobertura assistencial para doenças preexistentes.**

IMPORTANTE: Beneficiários elegíveis à portabilidade (RN 438) e à Súmula 21 estão desobrigados a preencher nova declaração pessoal de saúde.

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

Declaração de Saúde — Orientações

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. 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. Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, é oferecida pela Amil a seguinte opção: **Cobertura Parcial Temporária (CPT)** — 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 meses. 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 a suspensão ou o cancelamento do contrato.

IMPORTANTE: Beneficiários elegíveis à portabilidade (RN 438) e à Súmula 21 estão desobrigados a preencher nova declaração pessoal de saúde.

Para consultar a lista completa de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em www.ans.gov.br — Perfil Beneficiário. Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone 0800-701-9656.

Local e Data		Assinatura do Beneficiário Titular	
Data:		Nome completo:	
Assinatura		Assinatura	

Declaração Pessoal de Saúde

Preenchimento pelo beneficiário titular, por si e por seus dependentes. Responda escrevendo "**sim**" ou "**não**". A operadora não aceita abreviação "S" ou "N".

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

Esclarecimentos Adicionais

Caso alguma resposta tenha sido "sim", especifique: item, data do evento, tratamento, quadro atual e demais informações relevantes.

Item	Beneficiário	Data do Evento	Esclarecimentos

Local e Data

Assinatura do Beneficiário Titular

Data:	Nome completo:
Assinatura	Assinatura

Informações Adicionais					
Informe:	Titular	Dep./Agr. 1	Dep./Agr. 2	Dep./Agr. 3	Dep./Agr. 4
Peso (kg)					
Altura (m)					

Entrevista Médica Qualificada

A entrevista qualificada é uma opção do cliente e não é exigida pela operadora.

1.	☐	Declaro que me foram oferecidas as opções 2 e 3 abaixo 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 prestadas.
2.	☐	Declaro que fui orientado por médico credenciado da Amil no preenchimento desta Declaração de Saúde.
3.	☐	Declaro que fui orientado por médico particular de minha confiança no preenchimento desta Declaração de Saúde.

Nome do medico:	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 de qualquer responsabilidade que implique ofensa ao sigilo profissional.

Local e Data	Assinatura do Beneficiário Titular
Data:	Nome completo:
Assinatura	Assinatura

Considerações Importantes

Elegibilidade	É obrigatório que o interessado (Titular) seja servidor do MPRJ e possua vínculo associativo com a ASSEMPERJ, estando adimplente.
Pagamento	O pagamento dos planos Amil-ASSEMPERJ ocorre por desconto em folha, a partir da 2ª mensalidade. Para servidores extraquadro, é necessário observar a (margem consignável 1) disponível. A 1ª mensalidade deverá ser paga obrigatoriamente, no ato da adesão, por meio de transferência PIX para a chave (financeiro@assemperj.org.br). O início da cobertura está condicionada à confirmação do pagamento, bem como à apresentação de todos os documentos e formulários pertinentes ao processo de adesão. IMPORTANTE: A aceitação final está condicionada à análise técnica realizada pela operadora.
Cancelamento de planos anteriores	O cancelamento de planos anteriores é de exclusiva responsabilidade do associado. Nem a ASSEMPERJ nem a Analítica Seguros poderão interferir nesse processo.
Submissão de processos	Somente serão atendidos processos de adesão completos, entregues via e-mail, corretamente preenchidos e assinados. Não serão aceitos processos com qualquer pendência.
Prazos de entrega	Prazo: até dia 10 para processos com portabilidade ou Súmula 21; até dia 15 para os demais. Não há taxa de adesão.
Reembolso	Todos os planos possuem reembolso para despesas clínicas e médico-hospitalares conforme limites de cada plano. Não há garantia de reembolso integral fora da rede referenciada.
Dependentes elegíveis (saúde)	Cônjuge; Filhos (até 40 anos); Enteado (comprovado vínculo do genitor com o titular); Tutelados (na forma da Lei).
Agregados elegíveis (odonto exclusivamente)	Pai, Mãe, Irmão, Sobrinho, Enteado, Sogro(a), Genro/Nora e Tutelados.
Dependentes: mesmo plano do titular	Os dependentes deverão escolher obrigatoriamente o mesmo plano do titular.
Mudança de plano	Upgrade ou downgrade somente no aniversário do contrato (fevereiro), com solicitação formalizada em janeiro. Mudança para plano superior está sujeita a carência de 180 dias para os benefícios acrescentados.
Reajustes	Aplicados em fevereiro, refletindo a sinistralidade do contrato e a inflação médica acumulada dos últimos 12 meses.
Perda de vínculo	A perda de vínculo associativo com a ASSEMPERJ ou junto ao MPRJ enseja perda imediata do direito aos planos.
Suporte	A Analítica Seguros prestará todo o suporte à associação e aos associados na administração deste contrato.
Início de vigência	Dia 01 ou 05 (conforme plano escolhido) do mês subsequente à adesão e ao término de vigência.
Carências	As condições de carências devem ser consultadas previamente junto à corretora.
Exclusão voluntária	O segurado poderá solicitar sua exclusão voluntária de qualquer dos produtos (saúde ou dental), a qualquer tempo.
Rede referenciada	A rede referenciada oferecida em cada plano está sujeita a alterações a qualquer tempo, em conformidade com a legislação vigente.
Condições gerais	As condições gerais dos produtos (saúde e odontológico) estão disponíveis para consulta. Favor solicitar à administração da associação.

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, incluindo identificação de perfis epidemiológicos e programas de prevenção de doenças.

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 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
Data:	Nome completo:
Assinatura	Assinatura

Grade de Produtos — Saúde

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

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	Qt. Coletivo	Qt. Privativo	Qt. Privativo	Qt. Privativo	Qt. Privativo	Qt. Privativo
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
Aditivo Resgate Saúde — Todas as faixas			R\$ 42,87 / pessoa		Contratação opcional	

Grade de Produtos — Odontológico

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

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 + Prótese Resina	Rol ANS + Prótese Resina + Ortodontia	Rol ANS + Prótese Resina + Porcelana + Ortodontia + Clareamento
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

Local e Data	Assinatura do Beneficiário Titular
Data:	Nome completo:
Assinatura	Assinatura