

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO
PARA ASSOCIADO TITULAR**

				ANS – nº -----	
Beneficiário Titular:				Nº Cartão Nac. de Saúde:	
Nome da Mãe:			Nome do Pai:		
Empresa:	Matrícula MP:	Local:	Categoria:		
Data de Nascimento: ____/____/____	Gênero: () Feminino () Masculino	CPF:	Estado Civil:		
Data do Casamento: ____/____/____	Identidade:	Data de Emissão: ____/____/____	Órgão:		
Endereço:					
Bairro:			Cidade:	CEP:	Estado:
Tel. Residencial:	Tel. Comercial:	Celular: DDD () Tel.:	WhatsApp / Telegram:	SIAPE:	
Forma de Pagamento:	Banco:	Agência:	Conta Corrente:		
E-mail Funcional:			E-mail Pessoal:		
Data de Adesão: ____/____/____	Plano:	Acomodação:	Área Geográfica: ESTADUAL – Cobertura Adicional para atendimento de urgência e emergência em todo território nacional, pela rede UNIMED-RIO.		
Autorização receber avisos, informativos, campanhas e notícias da CAMPERJ por e-mail, SMS e WhatsApp:				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Enviar em anexo cópia da carteira funcional, RG, CPF, certidão de casamento e comprovante de residência.					
Declaro que tenho conhecimento e que fui esclarecido(a) sobre as carências instituídas pela Lei 9656/98 e das condições de atendimento previstas nos regulamentos da CAMPERJ para o plano escolhido, inclusive quanto aos limites de horas de atendimento nos casos de urgência e emergência durante o prazo de carências. Declaro ter recebido, lido e entendido o Estatuto da CAMPERJ, por isso, estou de acordo com as regras do(s) plano(s) contratado(s).					

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do Titular



TERMO DE AUTORIZAÇÃO MENSALIDADE E REEMBOLSO

Por este instrumento, eu, _____, matrícula MP _____, CPF _____-_____, na qualidade de associado(a) da CAIXA DE ASSISTÊNCIA DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - CAMPERJ, solicito que a cobrança de minha mensalidade seja realizada por meio de débito automático, da seguinte forma:

Autorizo a CAMPERJ (CAIXA DE ASSISTÊNCIA DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), a debitar em minha conta corrente nº _____, agência _____, Banco _____, a importância correspondente a minha mensalidade, bem como a de meus dependentes, que será fixada e creditada à CAMPERJ, no **Banco Itaú** ou na **SICOOB COOMPERJ (Banco Cooperativo do Brasil S/A.)** a ser realizada no último dia útil de cada mês, obedecendo a data de pagamento dos proventos dos membros do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. Tenho pleno conhecimento nesta data de que a suspensão dos pagamentos ocorrerá somente quando eu notificar a CAMPERJ, em tempo hábil para exclusão da relação mensal enviada à instituição financeira para realização do débito automático, bem como que a insuficiência de saldo na conta corrente, no dia do pagamento, quando ocorrerá o débito, poderá importar na suspensão dos direitos de associado, conforme legislação vigente, motivo pelo qual declaro meu comprometimento na manutenção de saldo suficiente, isentando o banco de responsabilidade pela não compensação em minha conta do documento a ser liquidado.

Declaro-me, ainda, ciente da possibilidade de suspensão deste procedimento pelas partes ou pelo próprio banco, mediante aviso prévio de 15 (quinze) dias.

Por fim, declaro que estou ciente que o não pagamento da mensalidade, seja por débito automático ou por outra forma, até a data do vencimento acarretará a incidência automática de multa de 2% (dois por cento) e juros de 1% (um por cento) ao mês, calculado pro rata dia, desde o vencimento da obrigação até a data do efetivo pagamento.

Para fins de recebimento de requerimento reembolso, indico os seguintes dados bancários: conta corrente nº _____, agência _____, Banco _____, conta corrente de minha titularidade. Caso a conta corrente seja conjunta, informar o outro titular _____ e seu CPF _____-_____.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do Titular

**DECLARAÇÃO DE SAÚDE****1. DADOS DO BENEFICIÁRIO**

Nome do Titular:				Data de nascimento: ____/____/____
Tipo de Beneficiário: () titular () dependente () agregado				Estado civil:
CPF:	RG:	Órgão emissor:	UF:	Data de emissão: ____/____/____
Pai:				
Mãe:				
Rua:	Nº.	Bairro:		
Cidade:	CEP:			UF:
Telefones:		E-mail:		

Instruções Gerais

- a) No preenchimento desta declaração, o(a) Sr(a) tem a opção de ser orientado(a), sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou por um de sua confiança, sendo o ônus financeiro de sua responsabilidade.
- b) A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, ou seja, aquelas de que o(a) Sr(a) tenha conhecimento ou que tenha diagnóstico confirmado no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou do dependente que está representando.
- c) **Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, será oferecido a Cobertura Parcial Temporária (CPT)**
- aquela que admite a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano de saúde.
- d) Agravo é definido pela ANS como qualquer acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano de saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas com a operadora. **Exercendo prerrogativa legal, a CAMPERJ não optará pelo fornecimento do Agravo como opção a CPT, conforme faculta o artigo 6º, parágrafo 1º da Resolução Normativa nº 558/22.**
- e) A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o(a) Sr(a) saiba ser portador(a) no momento do preenchimento desta declaração, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Neste caso, o(a) Sr(a) será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada. Nenhuma cobertura poderá ser negada para doenças ou lesões preexistentes não declaradas, até que a operadora comprove perante ANS a omissão do(a) Sr.(a) no ato do preenchimento da declaração.
- f) **Todas as páginas** da declaração de saúde **devem ser rubricadas** e o preenchimento deverá ser realizado pelo próprio beneficiário, salvo quando se tratar de menor de idade ou incapaz, devidamente comprovado, onde o dever é do responsável legal.



2. ASPECTOS GERAIS

Idade	Peso	Altura	Imc
-------	------	--------	-----

O Índice de Massa Corporal – IMC é calculado pela seguinte fórmula: peso (quilos) ÷ altura² (metros).

Exemplo: 80 ÷ (1,71 x 1,71) = IMC 27,35.

3. QUESTIONÁRIO DE SAÚDE

Leia com atenção para preencher corretamente o Questionário de Saúde. Este documento é fundamental para o seu ingresso no referido plano de saúde.		
Responda as questões abaixo nos informando: se possui alguma doença; há quanto tempo; a localização e se está fazendo algum tratamento:		
3.1	Doenças do Sistema Respiratório: (asma, bronquite, enfisema, nódulos pulmonares, desvio de septo, adenoide, hipertrofia amígdalas, sinusite, outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Escreva aqui:	
3.2	Doenças do Sistema Cardiovascular: (hipertensão arterial, doença coronariana, valvulopatias, insuficiência cardíaca, arritmias, varizes, hemorroidas, trombozes, tromboflebites, flebites, outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Escreva aqui:	
3.3	Doenças do Sistema Osteomuscular: (osteoporose, lesão de menisco e/ou ligamentos, bursite, artrite, artrose, tenossinovites, lombociatalgia, hérnia de disco, desvios de coluna (como escoliose, lordose, cifose, outros).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Escreva aqui:	
3.4	Doenças do Sistema Imunológico: (lúpus, artrites, polimiosite, hepatite autoimune, tireoidites, vitiligo, esclerodermia, esclerose múltipla, outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Escreva aqui:	
3.5	Doenças do Sistema Digestivo: (hérnia de hiato, hérnia umbilical, hérnia inguinal, hérnia incisional, gastrite, úlcera, colite, cirrose hepática, hepatites, pancreatite, pedra na vesícula, hemorroidas, diverticulites, má oclusão, outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Escreva aqui:	
3.6	Doenças em Boca: (mandíbula, arcada dentária, palato e lábios): má oclusão dentária, macro ou micrognatia, prognatismo, retrognatismo, fenda palatina, lábio leporino, outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Escreva aqui:	
3.7	Doenças Genital: (infertilidade, endometriose, cistos de ovários, miomas, doenças da próstata, pênis, testículos, outros).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Escreva aqui:	



3.8	Doença em Mamas: (nódulos, cistos, tumorações, outros).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Escreva aqui:	
3.9	Doença Sistema Urinário: (pedra nos rins, cólica renal, insuficiência renal, hematúria, infecção urinária, massas, tumores, cistos, outros).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Escreva aqui:	
3.10	Doenças do Sistema Neurológico: (mal de Parkinson, doença de Alzheimer, paralisia, paralisia cerebral, atraso desenvolvimento neuro psicomotor, esclerose lateral amiotrófica, sequela de derrame, apneia do sono, tumores, massas, cistos e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Escreva aqui:	
3.11	Doenças do Sistema Endócrino: (Diabetes, doenças da tireoide (hiper ou hipotireoidismo), obesidade, desnutrição e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Escreva aqui:	
3.12	Doenças Infecto Contagiosas: (toxoplasmose congênita, rubéola congênita, zika, dengue, chicungunha, malária, tuberculose, AIDS/HIV – inclui portador, sífilis, outras doenças sexualmente transmissíveis e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Escreva aqui:	
3.13	Doenças Psiquiátricas: (psicose, esquizofrenia, demência, alcoolismo, uso drogas, e outras)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Escreva aqui:	
3.14	Doenças Cancerosas: (câncer de mama, próstata, pulmão, fígado, boca, estômago, intestino, útero, leucemia, linfomas e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Escreva aqui:	
3.15	Doenças Hematológicas: (hemofilia, trombocitopenia, trombofilias e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Escreva aqui:	
3.16	Doenças de Pele e Alérgicas: Pele: (nevus, hemangiomas, sinais, nódulos, cistos, outros). Alérgicas: (urticária, outros). Sofre de hiperidrose: (excesso de suor nas mãos, pés axilas, face, dorso e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Escreva aqui:	
3.17	Doenças Congênitas: (síndromes genéticas como de Down, e outras - especifique os problemas relacionados exemplo: cardíaco, respiratório, visão, urinário e outros). Má formações: (face, membros, cardíacas, renais, e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Escreva aqui:	



3.18	Doenças do Ouvido: (surdez de qualquer etiologia, otites, perfuração timpânica, perda auditiva, labirintite e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Escreva aqui:	
3.19	Doenças dos Olhos: (hipermetropia, miopia e astigmatismo, catarata, estrabismo, glaucoma, ceratocone, retinopatia, cegueira e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Escreva aqui:	
	Nos casos hipermetropia, miopia e astigmatismo, especificar o grau e qual doença:	
	Olho Direito:	Olho Esquerdo:
Escreva aqui:		
3.20	Faz Uso de Prótese, Órtese: (pinos, parafusos, placas, fios, silicone e outros).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Escreva aqui:	
3.21	A Indicação foi Estética?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Escreva aqui:	
3.22	Sofre de alguma doença não descrita nesta declaração? Especifique	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Escreva aqui:	

4. MÉDICO ORIENTADOR

Informe se o preenchimento desta declaração contou com a presença de médico orientador*: <input type="checkbox"/> Sim, médico da CAMPERJ; <input type="checkbox"/> Sim, médico particular de minha escolha; ou <input type="checkbox"/> Não.	Nome do médico orientador	
	CRM	Data: ____/____/____
	Assinatura	

* Em caso afirmativo, o MÉDICO deverá registrar de próprio punho, que o preenchimento conta com a sua presença como médico orientador.

Declaro para todos os fins que as informações acima, por mim prestadas, são verdadeiras. Estou ciente que a CONTRATADA poderá solicitar a realização de uma perícia médica, podendo ser ou não acompanhada de exame, para auxiliar na avaliação da declaração de saúde, bem como autorizo o uso e verificação de prontuários e fichas médicas e todos os documentos que se fizerem necessários, para fins médico legais.	<input type="checkbox"/> Sim
Data: ____/____/____	_____ Assinatura do beneficiário ou representante legal (quando menor ou incapaz)

**5. QUESTIONÁRIO DE SAÚDE**

Quadro clínico
_____ _____ _____
Resultado de exames
_____ _____ _____
CID 10 e relação dos códigos dos procedimentos
_____ _____ _____
Parecer final
_____ _____ _____

Assinatura e Carimbo com CRM do Médico Perito.

Declaro para os devidos fins, que estou ciente dos resultados da perícia médica.		<input type="checkbox"/> Sim
Data: ____/____/____	_____ Assinatura do beneficiário ou representante legal (quando menor ou incapaz)	

**6. PARECER DO MÉDICO AVALIADOR**

- Não possui doença ou lesão preexistente.
- Com necessidade de perícia médica.
- Com doença ou lesão preexistente SEM necessidade de perícia médica.
- Com doença ou lesão preexistente COM necessidade de perícia médica.

CID	OBSERVAÇÕES

Assinatura e Carimbo com CRM do Médico Perito.