CAMPERJ
CAIXA DE ASSISTÊNCIA DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO
PARA DEPENDENTE OU AGREGADO(A)

				ANS – nº ----------
Beneficiário(a) Titular:				**Nº Cartão Nac. de Saúde:**
Nome do(a) Dependente ou Agregado(a):				◯ **CAMPERJ**
Nome da Mãe:			**Nome do Pai:**	
Data de Nascimento: ____/____/____	**Gênero:** ( ) Feminino ( ) Masculino		**CPF:**	**Estado Civil:**
Data do Casamento: ____/____/____	**Identidade:**		**Data de Emissão:** ____/____/____	**Órgão:**
Endereço:			**Profissão:**	**Grau de Parentesco:**
Bairro:			**Cidade:**	**CEP:** / **Estado:**
Tel. Residencial:	**Tel. Comercial:**	**Celular: DDD ( )** **Tel.:**	**WhatsApp / Telegram:**	**SIAPE:**
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 ☐ Não ☐

- **Dependente** Enviar em anexo cópia do RG ou certidão de nascimento, CPF, certidão de casamento ou união estável, comprovante de escolaridade para os estudantes que estão cursando o ensino superior e comprovante de residência.
- **Agregado:** Enviar em anexo cópia do RG ou certidão de nascimento, CPF, certidão de casamento ou união estável, declaração de dependência financeira do MP-MED (somente nos casos de mãe e pai) 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 ou agregados(a), 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

Beneficiário(a) Titular:				
Nome do(a) Dependente ou Agregado(a):				**Data de nascimento:** _____/_____/_____
Grau de parentesco: ( ) cônjuge ( ) companheiro (a) ( ) filho (a) ( ) enteado (a) ( ) outros				**Estado civil:**
CPF:	**RG:**	**Órgão emissor:**	**UF:**	**Data de emissão:** _____/_____/_____
Pai:				
Mãe:				
Rua:		**Nº.**	**Bairro:**	
Cidade:		**CEP:**		**UF:**
Telefones:		**E-mail:**		

Instruções Gerais

a) Esta operadora se reserva ao direito de não oferecer o Agravo como opção a CPT, conforme faculta o artigo 6°, parágrafo 1º da Resolução Normativa n° 558/22.

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 assinaturado 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 dadata 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. ***Esta operadora se reserva ao direito de não oferecer o Agravo como opção a CPT, conforme faculta o artigo 6°, parágrafo 1º da Resolução Normativa n° 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 amigdalas, sinusite, outras).	☐ Sim ☐ Não
	Escreva aqui:	
3.2	**Doenças do Sistema Cardiovascular:** (hipertensão arterial, doença coronariana, valvulopatias, insuficiência cardíaca, arritmias, varizes, hemorroidas, tromboses, tromboflebites, flebites, outras).	☐ Sim ☐ 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).	☐ Sim ☐ Não
	Escreva aqui:	
3.4	**Doenças do Sistema Imunológico:** (lúpus, artrites, polimiosite, hepatite autoimune, tireoidites, vitiligo, esclerodermia, esclerose múltipla, outras).	☐ Sim ☐ 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).	☐ Sim ☐ 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).	☐ Sim ☐ Não
	Escreva aqui:	
3.7	**Doenças Genital**: (infertilidade, endometriose, cistos de ovários, miomas, doenças da próstata, pênis, testículos, outros).	☐ Sim ☐ Não
	Escreva aqui:	
3.8	**Doença em Mamas**: (nódulos, cistos, tumorações, outros).	☐ Sim ☐ Não
	Escreva aqui:	

3.9	**Doença Sistema Urinário:** (pedra nos rins, cólica renal, insuficiência renal, hematúria, infecção urinária, massas, tumores, cistos, outros).	☐ Sim ☐ 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).	☐ Sim ☐ Não
	Escreva aqui:	
3.11	**Doenças do Sistema Endócrino:** (Diabetes, doenças da tireoide (hiper ou hipotireoidismo), obesidade, desnutrição e outras).	☐ Sim ☐ 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).	☐ Sim ☐ Não
	Escreva aqui:	
3.13	**Doenças Psiquiátricas:** (psicose, esquizofrenia, demência, alcoolismo, uso drogas, e outras)	☐ Sim ☐ Não
	Escreva aqui	
3.14	**Doenças Cancerosas:** (câncer de mama, próstata, pulmão, fígado, boca, estômago, intestino, útero, leucemia, linfomas e outras).	☐ Sim ☐ Não
	Escreva aqui:	
3.15	**Doenças Hematológicas:** (hemofilia, trombocitopenia, trombofilias e outras).	☐ Sim ☐ 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).	☐ Sim ☐ 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).	☐ Sim ☐ Não
	Escreva aqui:	
3.18	**Doenças do Ouvido:** (surdez de qualquer etiologia, otites, perfuração timpânica, perda auditiva, labirintite e outras).	☐ Sim ☐ Não
	Escreva aqui:	

3.19	**Doenças dos Olhos:** (hipermetropia, miopia e astigmatismo, catarata, estrabismo, glaucoma, ceratocone, retinopatia, cegueira e outras).	☐ Sim ☐ 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).	☐ Sim ☐ Não
	Escreva aqui:	
3.21	**A Indicação foi Estética?**	☐ Sim ☐ Não
	Escreva aqui:	
3.22	**Sofre de alguma doença não descrita nesta declaração? Especifique**	☐ Sim ☐ Não
	Escreva aqui:	

4. MÉDICO ORIENTADOR

Informe se o preenchimento desta declaração contou com a presença de médico orientador*: ☐ **Sim, médico da CAMPERJ;** ☐ **Sim, médico particular de minha escolha; ou** ☐ **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.**	☐ 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.	☐ 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.