

**CAMPERJ**CAIXA DE ASSISTÊNCIA DO MINISTÉRIO PÚBLICO
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO
PARA DEPENDENTE**

				ANS – nº _____	
Beneficiário(a) Titular:				Matrícula MPRJ:	
Nome do(a) Dependente:				Nº Cartão Nac. de Saúde:	
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:	
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 FERJ.		
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 escritura pública de união estável, comprovante de escolaridade para os estudantes que estão cursando o ensino superior, comprovante de residência atualizado e declaração de dependência financeira do MPRJ-MED (somente nos casos de mãe e pai). ➤ Dependentes são: a) o cônjuge ou companheiro(a); b) o filho ou enteado menor de 21 (vinte e um) anos; c) o filho ou enteado estudante, que frequente o ensino superior, ou curse ainda pós-graduação lato ou stricto sensu, desde que não exerça atividade remunerada, até a idade de 24 (vinte e quatro) anos; d) o filho ou enteado inválido; e) o filho, o enteado e os menores que, mediante autorização judicial, vivam sob a guarda e sustento do Beneficiário Titular; f) o ascendente que seja dependente financeiro do Titular devidamente inscrito no MPRJ-MED.					
Autorizo que a CAMPERJ armazene, compartilhe, divulgue e utilize os meus dados pessoais para finalidade específica inerente à operação do plano de saúde, incluindo o cadastro em plataformas parceiras, rede de farmácias, de prestadores de serviço e rede credenciada, a fim de viabilizar a utilização do Plano e seus benefícios. Esta autorização se dá de forma livre, informada e inequívoca, a título gratuito e por prazo indeterminado, nos termos dos artigos 5º XII e 7º, I da Lei 13.709/18 – Lei Geral de Proteção de Dados.					
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(a) Titular

Tel.: (21) 2224-9688

www.camperj.com.br

Ouvidoria: www.camperj.com.br/ouvidoria

Rua do Ouvidor, 60 – 6º andar – Centro – Rio de Janeiro – CEP: 20040-030



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO DA MENSALIDADE EM CONTA CORRENTE

Por este instrumento, eu, _____, matrícula MPRJ _____, 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(s) de meu(s) dependente(s)/agregado(s), que serão creditadas à CAMPERJ, no **Banco Itaú** ou no **SICOOB COOMPERJ (Banco Cooperativo do Brasil S/A.)**. As mensalidades serão debitadas das contas correntes dos associados, salvo exceções, no último dia útil de cada mês, obedecendo à data de pagamento dos vencimentos/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 do arquivo mensal enviado à instituição financeira para realização do débito automático, bem como que a insuficiência de saldo na conta corrente, no dia do pagamento da mensalidade, quando ocorrerá o débito, poderá importar na suspensão dos direitos de associado, conforme Estatuto da CAMPERJ, motivo pelo qual declaro meu comprometimento com a manutenção de saldo suficiente, isentando o banco de responsabilidade pela não compensação em minha conta corrente do débito 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 corridos.

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 de juros de 1% (um por cento) ao mês, calculado pro rata dia, desde o vencimento da obrigação até a data do efetivo pagamento.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do(a) Titular



CAMPERJ

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

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CRÉDITO EM CONTA REFERENTE A REEMBOLSO

Eu, _____ matrícula

MP/RJ _____, CPF _____ autorizo a CAMPERJ –

Caixa de Assistência do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, realizar o crédito em minha conta bancária referente aos requerimentos de reembolso.

Os dados da minha conta corrente para o depósito são: **Nome do Banco:**

_____, **Número do Banco** _____, **Agência:** _____,

Número da Conta Corrente: _____,

Conta corrente de minha titularidade. Caso a conta corrente seja conjunta, informar o nome do outro titular _____

e seu CPF _____.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do(a) Titular

**CAMPERJ**CAIXA DE ASSISTÊNCIA DO MINISTÉRIO PÚBLICO
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**DECLARAÇÃO DE SAÚDE (DEPENDENTE)****1. DADOS DO(A) BENEFICIÁRIO(A)**

Beneficiário(a) Titular:				
Nome do(a) Dependente:				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 6º, parágrafo 1º da Resolução Normativa nº 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 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. **Esta operadora se reserva ao direito de não oferecer o 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: $80 \div (1,71 \times 1,71) = \text{IMC } 27,35$.

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).	☐ Sim ☐ Não
	Escreva aqui:	
3.2	Doenças do Sistema Cardiovascular: (hipertensão arterial, doença coronariana, valvulopatias, insuficiência cardíaca, arritmias, varizes, hemorroidas, trombozes, 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(a) beneficiário(a) 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(a) beneficiário(a) 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.