



Associação dos Auditores Fiscais da Receita Estadual do Rio de Janeiro

ANTIGO CENTRO DOS AGENTES FISCAIS DA PREFEITURA DO DISTRITO FEDERAL
CONSIDERADO DE UTILIDADE PÚBLICA PELA LEI 2.368, DE 18/06/1974.

ANS nº 38718-5

AMAFRERJ

ASSISTÊNCIA MÉDICO - HOSPITALAR

INSCRITO NA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SOB O Nº 38.718-5

PROPOSTA DE FILIAÇÃO / INCLUSÃO

Tipo de Proposta: ☐ Filiação ☐ Inclusão								Nº DA PROPOSTA		
Proponente Titular: (Nome Completo sem Abreviação)						CPF Titular:				
Responsável (quando titular for menor)						CPF Responsável				
Data Nascimento:	Idade:	Estado Civil:	Sexo: ☐ M ☐ F	Doc. Identidade:	Banco:	Nº Banco:	Nº Conta Corrente:			
Endereço (Rua, Av. Praça, etc...)					Número	Complemento (Apto. Sala, Bloco, etc.)				
Bairro:		Município:			CEP:	UF:				
Tel. Resid. (DDD)		Tel. Com. (DDD)			Ocupação Principal:	Matrícula AFRERJ:				
E-mail:				Cotas Titular:	Cota Estipulada (R\$):	Valor da Taxa de Insc. (R\$)				
Nome completo da mãe										
DEPENDENTES				SEXO	DATA NASC.	IDADE	PARENTESCO	COTAS	VALOR DA COTA ESTIMADA (R\$)	VALOR DA TAXA DE INSC. (R\$)
01 -										
02 -										
03 -										
04 -										
05 -										
06 -										
07 -										
08 -										
Cód. Grau Parentesco: 1 - Cônjuge 2 - Filhos 3 - Companheiro(a) 4 - Pai 5 - Mãe 6 - Outros										
Cotas Titular:		Total de Cotas:		Valor da Cota Estimada (R\$)		Valor da Taxa de Inscrição (R\$)		Matrícula no AMAFRERJ		
Cotas Dep.:										
FORMA DE COBRANÇA: ☐ Débito em Conta Corrente ☐ Ficha de Compensação Bancária ☐ Pagto. Mediante Recibo										
Em caso de possuir outro Plano de Saúde, anexar cópia do contrato e comprovante dos 3 últimos pagamentos.										
Nome do Plano:		Nº Contrato:			Data Ingresso no Plano:			Carências ☐ SIM ☐ NÃO		

Declaro que, ao preencher a Proposta de Filiação do Serviço de Assistência Médico-Hospitalar, recebi o Regulamento e o Guia de Leitura Contratual, que foram integralmente lidos, entendidos e aceitos por mim, sem qualquer restrição aos seus conteúdos, entendido também, que a carência será coberta apenas nos procedimentos comuns ao nosso Serviço e à do Plano anterior.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO TITULAR OU RESPONSÁVEL

As partes elegem o foro do Município do Rio de Janeiro para dirimir qualquer dúvida ou pendência judicial, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

DADOS DOS DEPENDENTES BENEFICIÁRIOS

Matrícula do Titular								
----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

1	Nome Completo															
	CPF					Carteira de Identidade					Órgão Expedidor			UF	Data da Expedição	
	Endereço (Rua, Av., Praça, etc)										Número		Complemento (Apto., Sala, Bloco, etc.)			
	Bairro					Município					UF	CEP				
	Tel. Residencial (DDD)					Tel. Celular (DDD)					Matrícula					
Nome da Mãe																
2	Nome Completo															
	CPF					Carteira de Identidade					Órgão Expedidor			UF	Data da Expedição	
	Endereço (Rua, Av., Praça, etc)										Número		Complemento (Apto., Sala, Bloco, etc.)			
	Bairro					Município					UF	CEP				
	Tel. Residencial (DDD)					Tel. Celular (DDD)					Matrícula					
Nome da Mãe																
3	Nome Completo															
	CPF					Carteira de Identidade					Órgão Expedidor			UF	Data da Expedição	
	Endereço (Rua, Av., Praça, etc)										Número		Complemento (Apto., Sala, Bloco, etc.)			
	Bairro					Município					UF	CEP				
	Tel. Residencial (DDD)					Tel. Celular (DDD)					Matrícula					
Nome da Mãe																
4	Nome Completo															
	CPF					Carteira de Identidade					Órgão Expedidor			UF	Data da Expedição	
	Endereço (Rua, Av., Praça, etc)										Número		Complemento (Apto., Sala, Bloco, etc.)			
	Bairro					Município					UF	CEP				
	Tel. Residencial (DDD)					Tel. Celular (DDD)					Matrícula					
Nome da Mãe																
5	Nome Completo															
	CPF					Carteira de Identidade					Órgão Expedidor			UF	Data da Expedição	
	Endereço (Rua, Av., Praça, etc)										Número		Complemento (Apto., Sala, Bloco, etc.)			
	Bairro					Município					UF	CEP				
	Tel. Residencial (DDD)					Tel. Celular (DDD)					Matrícula					
Nome da Mãe																



DECLARAÇÃO DE SAÚDE

TITULAR (Nome completo sem abreviações)

Novos usuários (Nome completo dos dependentes)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

I - Formulário de Declaração de Saúde - O presente formulário tem por objetivo registrar a existência de Doenças ou Lesões Preexistentes (DPL), ou seja, aquelas que o usuário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998.

É obrigatório responder a todas as perguntas formuladas na Declaração de Saúde. A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o usuário saiba ser portador no momento do preenchimento desta declaração, desde que comprovada junto à ANS, acarretará a suspensão ou o cancelamento da adesão ao Plano. Nesse caso, o usuário será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão não declarada.

No preenchimento desta declaração, o usuário tem a opção de se orientado, sem ônus financeiro, por um médico da operadora, ou por um de sua confiança, mas, neste caso, as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.

II - Cobertura Parcial Temporária (CPT) - Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, a AMAFRERJ oferecerá ao usuário a CPT que é a cobertura assistencial que admite, por um período ininterrupto de 24 meses, a partir da data da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo usuário ou seu representante legal.

NÃO há alternativa de substituir a Cobertura Parcial Temporária pelo pagamento de Agravio, ou seja, qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o usuário tenha direito integral à cobertura contratada, para doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais.

QUESTIONÁRIO:

Responda as questões abaixo, assinalando com (S) para respostas afirmativas e (N) para negativas.

Questionário a ser preenchido pelo NOVO USUÁRIO		Titular	Dep 1	Dep 2	Dep 3	Dep 4
1	Doença infecciosa ou parasitária (tuberculose, hepatite, AIDS ou portador do vírus HIV, meningite, hanseníase, entre outras)?					
2	Neoplasias malignas (câncer) ou benignas? Especifique_____					
3	Doenças do sangue (anemia, hemofilia, linfomas, entre outras)? Especifique_____					
4	Doenças endócrinas ou metabólicas (diabéticas, tireoide, obesidade mórbida, entre outras)? Especifique?_____					
5	Transtornos psiquiátricos ou mentais (psicose, esquizofrenia, neurose, depressão, retardo mental, entre outras)? Especifique_____					
6	Dependência química (álcool, fumo, drogas)? Especifique_____					
7	Doenças neurológicas (Parkinson, Alzheimer, epilepsia, paralisia cerebral, esclerose múltipla, entre outras)? Especifique_____					
8	Doenças dos olhos (miopia, astigmatismo, hipermetropia, catarata, glaucoma, entre outras)? Especifique_____					
9	Doenças do ouvido, nariz ou garganta (labirintite, adenóide, perda de audição, desvio do septo, entre outras)? Especifique_____					
10	Doenças do aparelho circulatório (trombose, insuficiência cardíaca, derrame, hipertensão arterial, varizes, entre outras)? Especifique_____					
11	Doenças pulmonares (asma, bronquite, tuberculose, entre outras)? Especifique_____					
12	Doenças do aparelho digestivo (gastrite, úlcera, cirrose hepática, colite, hérnia de hiato, refluxo gastro-esofágico, entre outras)? Especifique_____					
13	Doenças da pele (psoríase, dermatites, alergias, entre outras)? Especifique_____					
14	Doenças osteomuscular (artrose, artrite, osteoporose, reumatismo, hérnia de disco, entre outras)? Especifique_____					

Questionário a ser preenchido pelo NOVO USUÁRIO		Titular	Dep 1	Dep 2	Dep 3	Dep 4
15	Doenças do aparelho genito urinário (insuficiência renal, cisto de ovário, endometriose, nefrite, incontinência renal, fimose, nódulo mamário, entre outros)? Especifique_____					
16	Sofre(u) de traumatismo e/ou fraturas? Especifique_____					
17	Doenças ou má formações congênitas ou hereditárias? Especifique_____					
18	Já foi submetido algum tipo de cirurgia? Especifique_____					
19	Já foi submetido à radioterapia, quimioterapia, braquiterapia, hemodiálise ou diálise peritoneal? Especifique_____					
20	Possui algum tipo de prótese ou órtese (placas, pinos, parafusos, marca-passo, outros)? Especifique_____					
21	Sofre(u) de doenças profissionais ou ocupacionais (LER)?					
22	Tem indicação de submeter-se a algum tratamento clínico, cirúrgico ou transplante programado nos próximos meses?					
23	Sofre(u) de alguma doença não relacionada acima, que o tenha obrigado a internar-se ou submeter-se a algum tipo de exame ou tratamento? Especifique_____					
24	Faz uso de alguma medicação rotineiramente? Especifique.					

Em caso de resposta afirmativa em qualquer um dos campos acima, onde se perguntou sobre a existência de doença, indique abaixo o item, especificação e período de doença.

Item	Usuário	Esclarecimento sobre a declaração	Período da doença

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que as informações prestadas na Declaração de Saúde, relativas a mim e aos novos usuários, foram espontaneamente feitas de próprio punho, são verdadeiras e completas, e assumo inteira responsabilidade pelas mesmas. Estou ciente que a omissão de fatos e informações que possam influir no correto enquadramento das coberturas, poderá ser considerada como comportamento fraudulento, implicando a rescisão da adesão a AMAFRERJ, além de estar obrigado a arcar com os custos dos atendimentos obtidos com cirurgia, uso de leito de alta tecnologia e procedimento de alta complexidade, ligados às doenças ou lesões preexistentes. Comprometo-me a prestar toda e qualquer outra informação adicional que vier a ser solicitada, bem como autorizo médicos, clínicas e quaisquer entidades públicas ou privadas de saúde, a enviar a AMAFRERJ as informações necessárias sobre meu estado de saúde e de meu(s) dependentes(s), resultados de exames e tratamentos instituídos, isentando-a, de qualquer responsabilidade que implique ofensa ao sigilo profissional.

Tenho ciência que após a avaliação da Declaração de Saúde, a AMAFRERJ poderá convocar a mim e/ou meus dependentes para a realização de qualquer exame ou perícia médica.

DECLARO QUE FUI ORIENTADO POR MÉDICO

- ☐ DA OPERADORA
- ☐ PARTICULAR

DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Assinatura/Nome/CRM

- ☐ DECLARO QUE DISPENSEI A ORIENTAÇÃO DE UM PROFISSIONAL MÉDICO

DECLARO QUE RECEBI UMA VIA DA RESPECTIVA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Local

_____/_____/_____
Data

Assinatura do Titular