Prezados(as) Beneficiários(as),

Sejam muito bem-vindos(as)!

É com satisfação que informamos sobre o processo de adesão ao **Plano de Saúde Prevent Senior**, disponibilizado por meio da **AARFFSA – Associação dos Aposentados da Rede Ferroviária Federal S/A**, voltado aos novos beneficiários interessados em garantir mais segurança, qualidade e previsibilidade no cuidado com a saúde.

📅 Período de Adesão

O período para adesão ocorrerá de **05 de janeiro a 30 de janeiro de 2026**.

📌 Etapas para Adesão

Para efetivação da adesão, será necessário:

- Associação à AARFFSA, mediante preenchimento da **ficha associativa**, garantindo acesso aos benefícios, como sócio amigo, no valor de R$ 37,00 mensais.
- Envio da **documentação exigida** e preenchimento do **formulário de interesse do plano de saúde**;
- O formulário será encaminhado individualmente aos interessados por **e-mail ou WhatsApp**.

🔄 Informações Importantes sobre Portabilidade de Carências

Caso o beneficiário deseje realizar a portabilidade, será necessário:

1. **Comprovante de Dados do Plano de Origem (COMPROVA ANS):** Emitido no site da ANS, com código de controle, data e hora de emissão.
2. **Relatório de Compatibilidade ANS:** Emitido no site oficial da ANS, com validade de até **5 dias**. Importante: A portabilidade estará sujeita à análise da operadora de destino, conforme normas vigentes da ANS.

👩‍⚕️ Atendimento

Serão realizados **plantões de atendimento individualizado**, mediante agendamento prévio, para esclarecimento de dúvidas e apoio durante todo o processo.

⭐ Diferenciais do Plano Prevent Senior

- Possibilidade de portabilidade de carências
- **Sem coparticipação**
- **Sem fidelidade contratual**
- **50% de desconto na primeira mensalidade**

A contratação poderá estar condicionada à **entrevista qualificada**, conforme a RN ANS nº 558/2022.

📊 TABELA DE VALORES – PREVENT SENIOR MA+S

🏥 **Segmentação:** Ambulatorial + Hospitalar (sem obstetrícia)

🔷 **ENFERMARIA (**ANS: 505.028/25-6)

- Até 43 anos: **R$ 883,53**
- 44 a 58 anos: **R$ 1.162,60**
- 59 anos ou mais: **R$ 1.529,75**

🔷 **APARTAMENTO (**ANS: 505.029/25-4)

- Até 43 anos: **R$ 1.055,50**
- 44 a 58 anos: **R$ 1.389,60**
- 59 anos ou mais: **R$ 1.828,43**

📍 Área de Abrangência

Rio de Janeiro, Niterói, São Paulo, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Santos e Praia Grande.

Reforçamos que a **Prevent Senior** é uma operadora especializada no público **43+**, reconhecida pelo seu modelo assistencial próprio e alto índice de satisfação, oferecendo mais tranquilidade e cuidado contínuo aos seus beneficiários.

Colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,
AARFFSA – Associação dos Aposentados da Rede Ferroviária Federal S/A

- WhatsApp Associação: **(21) 2567-0083**
- Funcionária Evelyn: **(21) 96407-8048**

ASSOCIAÇÃO DOS APOSENTADOS DA REDE FERROVIÁRIA FEDERAL S. A.
Rua Santo Afonso, 131 grupos 502 e 503 - Tijuca - Rio de Janeiro (RJ) - CEP: 20511-170 - CNPJ: 29.102.746/0001-98
Tel/Fax: (21) 2569-7878 | (21) 2565-8008 | (21) 3437-3786 | Whatsapp Business: (21) 2567-0083

P R O P O S T A D E S Ó C I O

Matrícula (não preencher)
___ ___ ___ ___ ___ ___ - ___

Nome Completo		
Residência (Endereço completo, nº, bloco, quadra, apto, casa)		
Bairro	**CEP**	
Cidade	**UF**	
(DDD) + Telefone	**(DDD) + Celular | É Whatsapp? ( ) Sim**	**Data de Nascimento**
		/ /
E-mail		
Estado Civil	**CPF**	**Nº da Identidade (RG)**
( ) solteiro ( ) casado ( ) viúvo ( ) desquitado ( ) divorciado ( ) outro: _____		
Nome do pai		
Nome da mãe		
Nome do cônjuge		
Profissão		

( ) Aposentado **( ) Pensionista de Ferroviário**	**Participante da REFER?** **( ) Sim ( ) Não**	**Suplementação da REFER?** **( ) Sim ( ) Não**	**Matrícula REFER**

Empresa em que aposentou:

( ) REFER ( ) RFFSA ( ) CBTU ( ) RIO TRILHOS ( ) CPTM ( ) CENTRAL ( ) OUTRA: _____

Nº Benefício no INSS	**Matrícula na Empresa**	**Anuênios**	**Nível**	

Autorizo a **Fundação Rede Ferroviária de Seguridade Social – REFER** a descontar, em folha de pagamento, as mensalidades, devidas à **AARFFSA – Associação dos Aposentados da Rede Ferroviária Federal S.A.**

_____, ____ de _____ de _____ Indicado por: _____
Local e data

_____ _____
Assinatura do Pretendente Assinatura do Presidente da AARFFSA

Nível de escolaridade	**Fundamental**	**Médio**	**Universitário**	**Pensionista**	**Sócio Amigo**
Valor da mensalidade	R$ 36,00	R$ 56,00	R$ 92,00	R$ 36,00	R$ 37,00

ATUALIZADA EM JANEIRO/2026

01-00000001	INTENÇÃO DE COMPRA PLANO DE SAÚDE - HOSPITALAR (ISENTO DE TAXA DE ADESÃO)	ANS - nº 30.214-7

NOME DO PROPONENTE (NÃO ABREVIAR)

NOME SOCIAL (SE HOUVER) | GÊNERO SOCIAL (SE HOUVER)

NASCIMENTO | RG | ÓRG.EMIS./U.F | CPF - | PIS

SEXO | ESTADO CIVIL | PROFISSÃO / ATIVIDADE | TELEFONE -

ENDEREÇO RESIDENCIAL | CELULAR -

BAIRRO | CIDADE | UF | CEP -

NOME DA MÃE (NÃO ABREVIAR)

NOME DO RESPONSÁVEL (NÃO ABREVIAR) | GRAU DE PARENTESCO

RG | ORG.EMIS./U.F | CPF - | TELEFONE -

E-MAIL

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

BAIRRO | CIDADE | UF | CEP -

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

APÓS OS ESCLARECIMENTOS A RESPEITO DE CADA UM DOS PLANOS DE SAÚDE ABAIXO, INTERESSEI-ME POR:

- ☐ PREVENT SENIOR SAFIRA ENFERMARIA (ANS 444.210/03-5)
- ☐ PREVENT SENIOR MA+S APARTAMENTO (ANS 505.029/25-4)
- ☐ PREVENT SENIOR MA+S ENFERMARIA (ANS 505.028/25-6)

☐ REDUÇÃO DE CARÊNCIA (ASSINALE SOMENTE EM CASO DE SOLICITAÇÃO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA)

NO PRAZO DE ATÉ 20 DIAS, CONTADOS DA DATA DA ASSINATURA DA PRESENTE INTENÇÃO, A OPERADORA PROCEDERÁ COM A ANÁLISE DOS DOCUMENTOS APRESENTADOS.

PROTOCOLO DE ENTREGA ___/___/___

NOME DO(A) CORRETOR(A) | NR | SUSEP -

APÓS A ANÁLISE DOS DOCUMENTOS, O PAGAMENTO DEVERÁ SER EFETUADO DIRETAMENTE À OPERADORA, NO ATO DA ASSINATURA DO CONTRATO.

MODELO

1ª via - credenciada - 2ª via - proponente - 3ª via - corretor