

DADOS DA EMPRESA CONTRATANTE

Razão Social* **SINDICATO DOS SERV. DA JUSTICA DO ESTADO DO MARANHAO** CNPJ: **11.013.026/0001-90**

Nova Contratação Médico Dental
 Titular Titular + Dependente Somente Dep

Mudança de Produto: (assinalar abaixo o novo produto escolhido)

PRODUTO CONTRATADO

PLANO REFERÊNCIA ADESÃO Declaro haver recusado a oferta Plano Referência.

REFERÊNCIA COLETIVO POR ADESÃO - Amb. + Hosp C/ Obst. | ANS 485.486/20-1 | Acomodação: QC | Abrangência: Grupo de Municípios RN/PI/MA | Rede Access

LINHA OPÇÕES II (Nacional) INTEGRAL

OPÇÕES II COM OBSTETRÍCIA E QUARTO PRIVATIVO COL. ADESÃO - INTEGRAL - ANS 487.050/20-6 | Abrangência nacional | Cessão de Rede Gama| Rede Top Plus

OPÇÕES II COM OBSTETRÍCIA E QUARTO COLETIVO COL. ADESÃO - INTEGRAL - ANS 487.053/20-1 | Abrangência nacional | Cessão de Rede Gama| Rede Top Plus

LINHA PREMIUM PLUS II INTEGRAL

PREMIUM II PLUS COM OBSTETRÍCIA QUARTO PRIVATIVO COL. ADESÃO- INTEGRAL - ANS 492.874/22-1 | Abrangência: Grupo de Munic. MA | Rede Plus II

PREMIUM II PLUS COM OBSTETRÍCIA QUARTO COLETIVO COL. ADESÃO- INTEGRAL - ANS 492.873/22-3 | Abrangência: Grupo de Munic. MA | Rede Plus II

LINHA GOLD INTEGRAL

GOLD COM OBSTETRÍCIA QUARTO PRIVATIVO COL. ADESÃO - INTEGRAL - ANS 486.677/20-1 | Abrangência: Grupo de Municípios RN/PI/MA | Rede Standard

GOLD COM OBSTETRÍCIA QUARTO COLETIVO COL. ADESÃO - INTEGRAL - ANS 486.658/20-4 | Abrangência: Grupo de Municípios RN/PI/MA | Rede Standard

LINHA ODONTO PLUS ODONTOLÓGICO

ODONTO PLUS ADESÃO - ANS 486.461/20-1 | Abrangência: Grupo de Estados RN/PI/MA/PB

ODONTO PLUS ORTO ADESÃO - ANS 488.636/21-4 | Abrangência: Grupo de Municípios: RN/PI/MA/PB

DADOS DO TITULAR BENEFICIÁRIO

Nome Completo* (sem abreviações)			
CPF*	Sexo* <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Outro. Qual?	Data de Nascimento*	
Nº da Carteira de Identidade*	Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros	Nº Cartão Nacional de Saúde*	
RC Redução de Carências	Haverá inclusão de dependentes no contrato? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Nome Completo da Mãe* (sem abreviações)			
Logradouro		Número	Complemento
CEP	Bairro	Município	UF
Telefone Celular*	WhatsApp	E-mail*	
Nome Completo* (sem abreviações)			CPF*
Data de Nascimento*	Sexo* <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Outro. Qual?	Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outro	
RC Redução de Carências	Nº Cartão Nacional de Saúde*	Grau de Parentesco <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Outro Qual: _____	
Nome Completo da Mãe* (sem abreviações)			

Local e Data

Assinatura do Representante ou Proponente Titular

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

2	Nome Completo* (sem abreviações)		CPF*
	Data de Nascimento*	Sexo* [] M [] F [] Outro. Qual?	Estado Civil [] Solteiro [] Casado [] Viúvo [] Divorciado [] Outro
	RC Redução de Carências	Nº Cartão Nacional de Saúde*	Grau de Parentesco [] Cônjuge [] Filho(a) [] Outro Qual: _____
	Nome Completo da Mãe* (sem abreviações)		

3	Nome Completo* (sem abreviações)		CPF*
	Data de Nascimento*	Sexo* [] M [] F [] Outro. Qual?	Estado Civil [] Solteiro [] Casado [] Viúvo [] Divorciado [] Outro
	RC Redução de Carências	Nº Cartão Nacional de Saúde*	Grau de Parentesco [] Cônjuge [] Filho(a) [] Outro Qual: _____
	Nome Completo da Mãe* (sem abreviações)		

4	Nome Completo* (sem abreviações)		CPF*
	Data de Nascimento*	Sexo* [] M [] F [] Outro. Qual?	Estado Civil [] Solteiro [] Casado [] Viúvo [] Divorciado [] Outro
	RC Redução de Carências	Nº Cartão Nacional de Saúde*	Grau de Parentesco [] Cônjuge [] Filho(a) [] Outro Qual: _____
	Nome Completo da Mãe* (sem abreviações)		

DECLARAÇÕES E TERMOS DE RESPONSABILIDADE DO CONTRATANTE

1. Declaro que neste ato recebi das mãos do representante legal da HUMANA o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS, bem como que tenho ciência de que receberei o Guia de Leitura Contratual - GLC, por ocasião da entrega do Cartão de Identificação do Beneficiário.
2. Declaro que as informações prestadas por mim, livre e espontaneamente, são verdadeiras e completas, e assumo inteira responsabilidade pelas mesmas.

Local e Data

Assinatura do Representante ou Proponente Titular

ANEXO CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)** é a instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da **DECLARAÇÃO DE SAÚDE**.

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, **DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO**.

AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora **NÃO** poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deverá oferecer: cobertura total ou **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)**, podendo ainda oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.
- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade – PAC (tomografia, ressonância, etc.*) **EXCLUSIVAMENTE** relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- **NÃO** haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá **RESCINDIR** o contrato por **FRAUDE** e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, **NÃO** poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade – PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico:

www.ans.gov.brPerfil Beneficiário.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone **0800-701-9656** ou consulte a página da ANS - **www.ans.gov.brPerfil Beneficiário.**

Beneficiário

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____

Assinatura: _____

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

São Luís, 15/09/2023
Local Data

Nome: George de Jesus dos Santos Ferreira

CPF: 015.989.843-83

Assinatura: George de Jesus dos Santos Ferreira

George J. dos Santos Ferreira
Presidente
SINDJUSMA

De acordo com a Resolução Normativa - RN nº 558, de 14 de dezembro de 2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar —ANS.

Número da Proposta:

DADOS DO(A) BENEFICIÁRIO TITULAR

NOME COMPLETO (SEM ABREVIÇÕES)

CPF:

E-MAIL:

CELULAR / WHATSAPP:

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO:

ENDEREÇO:

DADOS DO(A) BENEFICIÁRIO DEPENDENTE 1

NOME COMPLETO (SEM ABREVIÇÕES)

CPF:

E-MAIL:

CELULAR / WHATSAPP:

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO:

ENDEREÇO:

DADOS DO(A) BENEFICIÁRIO DEPENDENTE 2

NOME COMPLETO (SEM ABREVIÇÕES)

CPF:

E-MAIL:

CELULAR / WHATSAPP:

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO:

ENDEREÇO:

DADOS DO(A) BENEFICIÁRIO DEPENDENTE 3

NOME COMPLETO (SEM ABREVIÇÕES)

CPF:

E-MAIL:

CELULAR / WHATSAPP:

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO:

ENDEREÇO:

DADOS DO(A) BENEFICIÁRIO DEPENDENTE 4

NOME COMPLETO (SEM ABREVIÇÕES)

CPF:

E-MAIL:

CELULAR / WHATSAPP:

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO:

ENDEREÇO:

I. INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A Carta de Orientação ao Beneficiário, que está localizada nas páginas imediatamente anteriores a esta, é um documento padronizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS que visa a orientar o beneficiário/consumidor sobre o preenchimento da Declaração de Saúde. É obrigatória a aposição de ciência de seus termos.

A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP), ou seja, aquelas que o beneficiário, ou seu representante legal, saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou 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 consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento desta declaração, desde que comprovada junto à ANS, acarretará a suspensão ou o cancelamento do contrato.** Nesse caso, o consumidor será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão não declarada.

A Declaração de Saúde deverá ser preenchida por consumidores maiores, capazes e alfabetizados. Não sendo o caso, deve ser respondida pelo representante legal. Na hipótese de consumidor analfabeto, o preenchimento deverá ser acompanhado de duas testemunhas que comprovarão o entendimento do teor do documento pelo consumidor.

Estando comprovada junto a ANS a omissão de informação sobre DLP conhecida e não declarada pelo beneficiário, **este poderá também responder criminalmente conforme Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, além de Ação Judicial para o pedido de indenização por perdas e danos, honorários advocatícios e de custas processuais.**

No preenchimento desta declaração, o consumidor tem a opção de ser 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.

Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, **o consumidor estará sujeito à Cobertura Parcial Temporária (CPT), que é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano 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 as doenças ou lesões preexistentes** declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

A operadora não oferece a opção de Agravo, o qual é definido como qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à 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 entre a operadora e o beneficiário.

Após a avaliação da Declaração de Saúde, a Operadora poderá solicitar ao consumidor a realização de uma entrevista qualificada, com consulta de forma presencial, por teleatendimento/videochamada, para esclarecimentos e verificação de existência de exames prévios.

A critério da Operadora, poderá ser realizada Perícia Médica, por meio de consulta, com solicitação de exames complementares, realizada por um médico, escolhido pela operadora, sem ônus para o consumidor, com preenchimento de formulário específico.

II. INFORMAÇÃO DO MÉDICO

Antes de responder ao questionário, informe se está sendo preenchida com a presença do médico orientador:

- () sim, médico da Operadora;
 () sim, médico particular de minha escolha;
 () não, recusei a presença de médico orientador.

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO ORIENTADOR

IMPORTANTE: em caso afirmativo, o médico deverá firmar no campo abaixo, que o preenchimento conta com a sua presença como médico orientador, apondo sua assinatura e registro no Conselho Regional de Medicina:

(Espaço reservado à declaração do médico orientador)

Dr (a) _____ CRM / _____ : _____
 _____, _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura

III. ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

1. Este questionário é parte integrante de seu contrato.
2. **Não será aceito questionário respondido com rasuras.** Não aplique corretivos.
3. **TODAS as perguntas precisam, obrigatoriamente, ser respondidas.**
4. O questionário deve ser preenchido de próprio punho, assinalando com "S" para SIM e "N" para NÃO.
5. O incapaz deverá ter o seu questionário assinado pelo seu Responsável Legal.
6. ATENÇÃO: As respostas emitidas devem espelhar, fielmente, as condições atuais de saúde e os antecedentes do beneficiário. **Não omita nenhuma informação.**

	Titular	Dep 01	Dep 02	Dep 03	Dep 04
1. Qual a sua idade? (exemplo: 40 anos)					
2. Sexo (F) Feminino ou (M) Masculino					
3. Especifique o seu peso (exemplo: 81)					
4. Especifique a sua altura (exemplo: 1,80)					
5. Índice de Massa Corpórea-IMC (Campo resultante da aplicação da fórmula abaixo, de acordo com as informações fornecidas pelo beneficiário)					

FÓRMULA IMC = PESO (KG) / ALTURA² (M) - Se o resultado do IMC for igual ou superior a 35 será considerada obesidade mórbida, como doença preexistente.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

	Titular	Dep 01	Dep 02	Dep 03	Dep 04
<p>1. É PORTADOR (A) DE DOENÇAS DO SANGUE E DO COLÁGENO (anemia crônica, anemia falciforme, aplasia de medula, febre reumática, hemofilia, leucemia, linfoma, lúpus, púrpura, talassemia, mieloma múltiplo, transplante de medula, distúrbio de coagulação, outras doenças, lesões. Especificar)?</p>					
<p>2. É PORTADOR (A) DE DOENÇAS ENDOCRINOLÓGICAS (açúcar no sangue, diabetes, hiper ou hipotireoidismo, bócio ou nódulos no tireoide, obesidade, sobrepeso, baixo peso importante, outras doenças/lesões. Especificar)?</p>					
<p>3. É PORTADOR (A) DE DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS - MENTAIS (depressão, ansiedade grave, esquizofrenia, retardo mental, autismo, síndrome do pânico, surto psicótico, dependência de álcool ou drogas, outras doenças, lesões. Especificar)?</p>					
<p>4. É PORTADOR (A) DE DOENÇA DO SISTEMA NERVOSO (Parkinson, Alzheimer, epilepsias - convulsões, paralisia cerebral, derrame, obstrução de carótidas, hiperatividade, enxaqueca, perdas cognitivas ou de memória, demência, atrofia muscular espinhal, seqüela de AVC, meningites, aneurismas cerebrais, esclerose múltipla, esclerose lateral, outras doenças, lesões. Especificar)?</p>					
<p>5. É PORTADOR (A) DE DOENÇAS DOS OLHOS (catarata, glaucoma, ceratocone, miopia - especificar o grau, astigmatismo - especificar o grau, hipermetropia, presbiopia (vista cansada), cegueira, ptose (queda da pálpebra), estrabismo, - especificar o grau, degeneração macular, retinopatia diabética, uso de lentes corretivas, já realizou transplante de córnea, outras doenças, lesões. Especificar)?</p>					
<p>6. É PORTADOR (A) DE DOENÇAS DOS OUVIDOS, GARGANTA E FACE (sinusite de repetição, pólipos nasal, labirintite, surdez congênita ou adquirida, perda de audição, ruptura do tímpano, desvio de septo, luxação de articulação temporomandibular, hipertrofia de amígdalas e adenoides, afasia - perda da voz, otites de repetição, outras doenças, lesões. Especificar)?</p>					
<p>7. É PORTADOR (A) DE DOENÇAS DO APARELHO CARDIOVASCULAR (hipertensão arterial - pressão alta, angina pectoris - dor no peito, infarto do miocárdio, arritmia cardíaca, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral AVC - derrame, doenças cardíacas congênitas, valvulopatias, sopro cardíaco, doença de chagas, aneurismas abdominais, varizes, hemorroidas, colocação de stents, cateterismo, úlceras de membros inferiores, angioplastias, revascularização do miocárdio, marca-passo, trombose, flebite, outras doenças, lesões. Especificar)?</p>					
<p>8. É PORTADOR (A) DE DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO (rinites, bronquites, sinusites, asma, pneumonia, enfisema, DPOC, nódulos no pulmão, tuberculose, outras doenças, lesões. Especificar)?</p>					
<p>9. É PORTADOR (A) DE DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO (pancreatite, pedra na vesícula, úlceras, gastrites, refluxo, diverticulite, cirrose hepática, hepatites, nódulos no fígado, Doença de Crohn, Colelitíase, Colites - Retocolite Ulcerativa, hérnias, outras doenças, lesões. Especificar)?</p>					
<p>10. É PORTADOR (A) DE DOENÇAS DA PELE (pancreatite, pedra na vesícula, úlceras, gastrites, refluxo, diverticulite, cirrose hepática, hepatites, nódulos no fígado, Doença de Crohn, Colelitíase, Colites - Retocolite Ulcerativa, hérnias, outras doenças, lesões. Especificar)?</p>					

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

	Titular	Dep 01	Dep 02	Dep 03	Dep 04
11. É PORTADOR (A) DE DOENÇAS DOS OSSOS E MÚSCULOS (coluna, artroses, luxações, artrites, fibromialgia, osteoporose, reumatismo, artrite reumatoide, doenças do menisco, doenças dos ligamentos e tendões, hérnia de disco, escoliose, osteomielite, fraturas, traumatismos, LER/DORT, doenças ósseas congênitas, outras doenças, lesões. Especificar)?					
12. É PORTADOR (A) DE DOENÇAS DO APARELHO GENITOURINÁRIO (insuficiência renal, cálculo renal, infecção urinária de repetição, transplante renal, doenças da bexiga e uretra, outras doenças, lesões. Especificar)?					
13. É PORTADORA DE DOENÇAS GINECOLÓGICAS, OBSTÉTRICAS OU DE MAMA (mioma, períneo, endometriose, cisto de ovário, cisto, nódulos ou tumor de mama, incontinência urinária, pólipos uterinos, hemorragias, infecções, atraso menstrual ou gravidez, complicações da gestação ou parto, doença hipertensiva específica da gestação ou diabetes gestacional, abortamento ou ameaça de prolapso genital, outras doenças, lesões. Especificar)?					
14. É PORTADOR DE DOENÇAS DOS ÓRGÃOS GENITAIS MASCULINOS (próstata, hiperplasia ou inchaço de próstata, hidrocele, fimose, ginecomastia, estreitamento da uretra, criptorquidia, varicocele, incontinência, impotência, doença dos testículos, infertilidade, doença de Peyronie, outras doenças, lesões. Especificar)?					
15. É PORTADOR (A) DE DOENÇAS CONGÊNITAS - NASCENÇA OU HEREDITARIAS (hipotireoidismo congênito, síndromes genéticas, doenças congênitas familiares, prematuridade, má formação, hipospádia - especificar, doenças cardíacas, síndrome de DOWN, doenças metabólicas, outras doenças, lesões. Especificar)?					
16. É PORTADOR (A) DE DOENÇAS INFECTO CONTAGIOSAS (portador do vírus HIV, Hanseníase - lepra, doenças sexualmente transmissíveis, HPV, tuberculose, hepatite viral, outras doenças, lesões. Especificar)?					
17. É PORTADOR (A) DE DOENÇAS ONCOLÓGICAS - CÂNCER (pele, mama, próstata, intestino, útero, ovário, tireoide, laringe, pulmão, estômago, rins, bexiga, ossos e músculos, outras doenças, lesões. Especificar)?					
18. É PORTADOR DE DOENÇA BUCO MAXILO FACIAL (disfunção de articulação têmporo- mandibular, prognatismo, micrognatismo, hipoplasia facial, dente incluso, seqüela de trauma de face, outras doenças, lesões. Especificar)?					
19. É PORTADOR (A) DE OUTRAS DOENÇAS IMUNOLÓGICAS? (Especificar)					
20. É PORTADOR (A) OU SOFRE DE ALGUM TIPO DE SEQUELA (acidente, doença adquirida, doença congênita, pós-cirurgia, outras doenças, lesões. Especificar)?					
21. JÁ FOI SUBMETIDO OU TEM QUE FAZER ALGUMA CIRURGIA (ESPECIFICAR)?					
22. POSSUI ALGUM TIPO DE HÉRNIA (inguinal, incisional, epigástrica, umbilical ou femoral, outras doenças, lesões. Especificar)?					

Declaração

Declaro para os devidos fins que as informações prestadas na Declaração da Saúde, relativas a mim ou dependentes, foram espontaneamente feitas por mim, são verdadeiras e completas, e assumo inteira responsabilidade pelas mesmas. Estou ciente e de acordo que cumprirei Cobertura Parcial Temporária em relação às Doenças e 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 à OPERADORA - as informações de que ela necessitar sobre o meu estado de saúde e de meus dependentes, resultados de exames e tratamentos instituídos, isentando-a, ou seu corpo clínico, de qualquer responsabilidade que implique ofensa ao sigilo profissional para fins de ratificação das informações acima.

Autorizo também a Operadora buscar em seus próprios cadastros informações já prestadas sobre meu histórico de saúde em contratos anteriores.

Proponente/ Beneficiário

V. CONCLUSÃO PARA CONTRATAÇÃO DE CPT - COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

Estou ciente e de acordo com o cumprimento por 24 meses de CPT - Cobertura Parcial Temporária - para uso de leito de alta tecnologia, procedimentos cirúrgicos e procedimentos de alta complexidade, ligados às doenças ou lesões preexistentes por mim declaradas neste documento.

(local e data)

de _____ de _____

Proponente / Beneficiário

HUMANA ASSISTENCIA MÉDICA LTDA

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO

Pelo presente instrumento, eu _____,
brasileiro (a), servidor (a) público estadual, matrícula funcional _____, inscrito(a) no CPF
sob o nº _____ e no RG nº _____, residente e domiciliado(a) à
_____, na
cidade de _____, Estado do _____, AUTORIZO o
SINDICATO DOS SERVIDORES DA JUSTIÇA DO ESTADO DO MARANHÃO, entidade sindical de
primeiro grau que representa todos os servidores do Poder Judiciário do Estado do Maranhão,
inscrito sob o CNPJ 110.130.26/0001-90, com sede administrativa situada à Rua das Cajazeiras,
43, Centro, São Luís, Maranhão A EFETUAR O DESCONTO em meu salário, através de
consignação em folha de pagamento, do valor correspondente ao convenio de plano de saúde.

São Luis/MA, ____/_____/20__.

TERMO DE CIÊNCIA E COMPROMISSO

EU, _____, servidor público estadual do Poder Judiciário do Estado do Maranhão, cadastrado sob matrícula nº _____ e CPF sob o nº _____, declaro, para os devidos fins de direito, que estou ciente que a **ADESÃO** ao contrato de PLANO DE SAÚDE permite o SINDJUS/MA a promover o desconto diretamente no meu contracheque da parcela referente ao contrato de convênio, em caso de inadimplemento, fica imediatamente suspenso o direito de usar a carteira por mim ou pelos beneficiários cadastrados em meu nome. Comprometo-me a realizar o pagamento de toda e qualquer mensalidade referente ao convênio que não foi possível realizar o desconto em meu contracheque e assumo as despesas decorrentes do uso indevido da minha carteira e dos beneficiários em meu nome cadastrado, sob pena das sanções em direito admitida. Por ser verdade e dou fé, firmo o presente. Por ser verdade e dou fé, firmo o presente. São Luís – MA, ___/___/___.

NOME COMPLETO
MATRICULA Nº

TERMO DE CIÊNCIA E COMPROMISSO

EU, _____, servidor público estadual do Poder Judiciário do Estado do Maranhão, cadastrado sob matrícula nº _____ e CPF sob o nº _____, declaro, para os devidos fins de direito, que estou ciente que a minha **EXONERAÇÃO** do Poder Judiciário do Estado do Maranhão impede o desconto de contratos de convênio, contribuição sindical associativa diretamente do meu contracheque. Comprometo-me a realizar o pagamento de toda e qualquer mensalidade referente ao convênio ou contribuição sindical associativa, conforme planilha demonstrativa de débitos recebido neste ato, que teve frustrada a realização do desconto em meu contracheque e assumo as despesas decorrentes do uso indevido da minha carteira e dos beneficiários em meu nome cadastrado, após o ato de desfiliação, sob pena das sanções em direito admitida. Por ser verdade e dou fé, firmo o presente. São Luís – MA, ___/___/___.

NOME COMPLETO
MATRICULA Nº

TERMO DE CIÊNCIA E COMPROMISSO

EU, _____, servidor público estadual do Poder Judiciário do Estado do Maranhão, cadastrado sob matrícula nº _____ e CPF sob o nº _____, declaro para os devidos fins de direito que estou ciente que a minha **DEFILIAÇÃO** não me permite usufruir mais os benefícios em razão de convênios firmados entre o SINDJUS-MA e a empresa conveniada. E, ainda, que tenho que realizar a entrega da minha carteira referente ao convenio que aderi e também de todos os beneficiários cadastrados em meu nome. Comprometo-me a realizar o pagamento de toda e qualquer mensalidade referente ao convênio que não foi possível realizar o desconto em meu contracheque e assumo as despesas decorrentes, após o ato de desfiliação, concernente ao uso indevido da minha carteira e dos beneficiários em meu nome cadastrado, sob pena das sanções em direito admitida. Por ser verdade e dou fé, firmo o presente. São Luís – MA, ___/___/___.

NOME COMPLETO
MATRÍCULA

TERMO DE CIÊNCIA E COMPROMISSO

EU, _____, servidor público estadual do Poder Judiciário do Estado do Maranhão, cadastrado sob matrícula nº _____ e CPF sob o nº _____, declaro, para os devidos fins de direito, que estou ciente que a **LICENÇA SEM VENCIMENTO** a mim concedida pelo Poder Judiciário do Estado do Maranhão impede o desconto de contratos de convênio, contribuição sindical associativa diretamente do meu contracheque. Comprometo-me a realizar o pagamento de toda e qualquer mensalidade referente a convênio ou/e contribuição sindical associativa, por meio de depósito bancário identificável na conta do SINDJUS/MA, sob pena que o inadimplemento de parcela referente a contribuição associativa suspende o direito a adesão ou continuidade de contratos de convênios por mim celebrados, independentemente de comunicação prévia. Por ser verdade e dou fé, firmo o presente. São Luís – MA, ___/___/___.

NOME COMPLETO
MATRICULA Nº

TERMO DE CIÊNCIA E COMPROMISSO

Eu, _____, servidor público Estadual do Poder Judiciário do Estado do Maranhão, cadastrado com matrícula nº _____ e CPF sob o nº _____, declaro para fins de direito, que no momento da contratação do Convênio de Plano de Saúde junto ao SINDJUS-MA, apresento toda a documentação exigida no site do Sindjus-MA (aba Convênios, Planos de Saúde), e tenho ciência que cumprirei carência estipulada pelo plano de Saúde Contratado, e que me foi dado, nesta oportunidade, conhecimento dos termos do contrato e da carência, também disponibilizados no site do Sindjus/MA.

Por ser verdade e dou fé, firmo o presente.

São Luís, MA, _____, _____, _____.

NOME COMPLETO

MATRÍCULA Nº