



Humana
S A Ú D E

SOLICITAÇÃO DE ADESAO PARA BENEFICIÁRIOS PESSOA JURÍDICA

LEI Nº 9.656 DE 03/06/1998

ANS - nº 357511

HUMANA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA
Av. Frei Serafim, 2155 - Centro
64000-020 - Teresina/PI
CNPJ 00.361.325/0001-08
Fone: (86) 3221-1000
e-mail: humana@humanasaude.com.br

**P
L
A
N
O
S**

FUTURA C/OB EMPRESARIAL - co-participação (483313199)	FUTURA C/OB POR ADESAO - co-participação (483317191)
FUTURA S/OB EMPRESARIAL - co-participação (483316193)	FUTURA S/OB POR ADESAO - co-participação (483315195)
IDEAL EMPRESARIAL (468308121)	IDEAL POR ADESAO (483832197)
PRIMUS EMPRESARIAL (469505134)	PRIMUS POR ADESAO (469504136)
REFERÊNCIA EMPRESARIAL (460571093)	REFERÊNCIA POR ADESAO (427326995)
OPÇÕES EMPRESARIAL (401381986)	☒ OPÇÕES POR ADESAO (460560098)
ODONTO EMPRESARIAL (468937132)	ODONTO POR ADESAO (468935136)

EMPRESA: SINDICATO DOS SERVIDORES DA JUSTIÇA DO ESTADO DO MARANHÃO / SINDJUS-MA

DADOS DO TITULAR BENEFICIÁRIO

☐ ENFERMARIA - 485.552/20-3

☐ APARTAMENTO - 460.560/09-8

0 nome					
CPF	data de nascimento	cartão nacional de saúde - CNS		estado civil *	sexo
nome da mãe				data de nascimento	
endereço para correspondência (nome do logradouro)				número	
complemento			bairro		
município		UF	CEP	e-mail	
cargo	departamento		matrícula	data de admissão	
TELEFONES PARA CONTATO	DDD	telefone residencial	DDD	telefone comercial / celular	ramal

DADOS DE DEPENDENTES BENEFICIÁRIOS

1	nome				
	CPF	data de nascimento	sexo	estado civil *	grau de parentesco **
	nome da mãe				cartão nacional de saúde - CNS
2	nome				
	CPF	data de nascimento	sexo	estado civil *	grau de parentesco **
	nome da mãe				cartão nacional de saúde - CNS
3	nome				
	CPF	data de nascimento	sexo	estado civil *	grau de parentesco **
	nome da mãe				cartão nacional de saúde - CNS
4	nome				
	CPF	data de nascimento	sexo	estado civil *	grau de parentesco **
	nome da mãe				cartão nacional de saúde - CNS
5	nome				
	CPF	data de nascimento	sexo	estado civil *	grau de parentesco **
	nome da mãe				cartão nacional de saúde - CNS

LEGENDA

TABELA DE ESTADO CIVIL *

(1) solteiro (2) casado (3) viúvo (4) separado (5) divorciado (6) outros

TABELA DE GRAU DE PARENTESCO **

(1) pai/mãe (2) cônjuge (3) filho/filha (4) outros

TABELA DE SEXO

F - feminino M - masculino

INCLUSÃO		titular		dependente					
ALTERAÇÃO		nome		data nascimento		estado civil		plano	outros
EXCLUSÃO		total		dependente direto		outro dependente			

DECLARAÇÃO E TERMO DE RESPONSABILIDADE

- Declaro que neste ato recebi, das mãos do representante legal da HUMANA SAÚDE, 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.
- 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 Titular


Manoel Luis Andrade Souza
Presidente em Exercício
SINDJUS/MA

CARTÃO DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, 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 sofrer 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 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 VOCÊ 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.br - Perfil 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.br - Perfil Beneficiário.

Beneficiário:

Local: _____ Data: ____/____/____

Nome: _____

Assinatura: _____

Intermediário entre a operadora e o beneficiário:

Local: _____ Data: ____/____/____

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

Confirmação de Entrega do Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

Nome: _____ Data: ____/____/____ Corretor: _____

CPF: _____ Assinatura: _____

EMPRESA: _____

- 1 - No preenchimento desta declaração, V. Sa., tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora ou por um de sua confiança, caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.
- 2 - A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças ou lesões preexistentes, como sendo aquelas de que V. Sa. tenha conhecimento, no momento da assinatura do contrato, com relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.
- 3 - Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, são oferecidas pela HUMANA SAÚDE duas opções:
- a) Cobertura parcial temporária - o beneficiário não terá direito aos procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionados à doença ou lesão declarada por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses;
 - b) Agravamento - acréscimo no preço mensal do plano para que o beneficiário tenha direito à cobertura completa da doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais. Para esta opção, deverá procurar uma agência de atendimento da HUMANA SAÚDE, para dar início ao processo específico de solicitação de adesão com cálculo do agravamento, não devendo realizar qualquer pagamento ao corretor.
- 4 - Nenhuma cobertura poderá ser negada ao consumidor para doenças ou lesões preexistentes não-declaradas até que a operadora apresente as provas concretas à ANS de que o consumidor omitiu a doença ou lesão no preenchimento desta declaração. Até a decisão da ANS, não haverá suspensão do contrato nem do atendimento.
- 5 - 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 pela ANS, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. **Nesse caso, V. Sa., será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver sido recebido o comunicado ou a notificação da operadora, alegando a existência de doença ou lesão preexistente não-declarada.**

Titular _____

Dependente 01 _____

Dependente 02 _____

Dependente 03 _____

Dependente 04 _____

Data de Nascimento ____/____/____

Data de Nascimento ____/____/____

Data de Nascimento ____/____/____

Data de Nascimento ____/____/____

Data de Nascimento ____/____/____

PREENCHIMENTO PELO TITULAR, POR SI E PELO(S) DEPENDENTE(S)	RESPOSTA ESCRREVENDO					
	"SIM" ou "NÃO"					
INFORME SE É PORTADOR OU SE JÁ SOFREU DE	TIT(0)	DEP(1)	DEP(2)	DEP(3)	DEP(4)	DEP(5)
1 - Doenças de veias e artérias (como varizes, aneurismas, trombozes e má circulação, entre outras)						
2 - Doenças do aparelho cardiocirculatório (angina, infarto, pressão alta, arritmias, cirurgias cardíacas anteriores e doenças cardíacas congênitas, entre outras)						
3 - Doenças endócrinas ou metabólicas (como diabetes, hipertireoidismo, hipotireoidismo, obesidade e obesidade mórbida entre outras)						
4 - Doenças do aparelho digestivo (cálculo biliar, doenças do fígado, doenças dos intestinos, hemorroidas, fistulas, doença do refluxo, entre outras)						
5 - Hérnias (todos os tipos: inguinais, umbilicais e incisionais, entre outras)						
6 - Doenças do sangue ou imunológicas (anemias, púrpuras e talassemias, entre outras)						
7 - Doenças do aparelho geniturinário (cálculos, infecção dos rins, insuficiência renal, bexiga, uretra e transplantados, entre outras)						
8 - Doenças do sistema nervoso e cerebrovasculares (derrame, paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, hiperatividade, epilepsia e síndrome de Down, aneurismas, tumores, entre outras)						
9 - Doenças de ouvido, nariz e garganta (diminuição da audição, desvio de septo, sinusites e amigdalites, surdez, entre outras)						
10 - Doenças crônicas do aparelho respiratório (asma, bronquite, enfisema e pneumonia de repetição, entre outras)						
11 - Doenças ortopédicas (artrose, hérnia de disco, deformidade óssea, osteoporose, lesão ligamentar, lesão de tendão, desvios de coluna, deformidades ósseas congênitas e fraturas de repetição, entre outras)						
12 - Doenças ginecológicas e da mama (mioma, perineo, cisto de ovário, endometriose, cistos e nódulos mamários, incontinência urinária, entre outras)						
13 - Doenças infecciosas (doenças relacionadas ao HIV - Aids e suas complicações, tuberculose, meningite e hepatites)						
14 - Doenças ou tumorações benignas ou malignas (leucemia, mieloma múltiplo, carcinomas, melanomas, linfomas e todos os tipos de câncer)						
15 - Atraso menstrual e gravidez, complicações da gestação, complicações do parto e ameaças de abortamento						
16 - Doenças dos órgãos genitais masculinos (próstata, hidrocele, varicocele, fimose, criptorquidia, parafimose, impotência e doença de Peyronie, entre outras)						
17 - Doenças oftalmológicas e alterações de refração (ceratocórnea, glaucoma, catarata, miopia, astigmatismo, hipermetropia, uso de lentes corretivas, cegueira, entre outras)						
18 - Doenças reumatológicas (auto-imunes) (lúpus eritematoso, esclerose múltipla e artire reumatóide, entre outras)						
19 - Doenças e transtornos mentais e psiquiátricos (psicose maniaco-depressiva, depressão, esquizofrenia, retardo mental, uso de drogas como álcool, opiáceos, maconha, cocaína e LSD, entre outras)						
20 - Doenças congênitas ou hereditárias (síndromes genéticas, infecções, mal formações, prematuridade, entre outras)						
21 - Doenças buco-maxilo-faciais (disfunção de articulação, traumas, tumores, prognatismo, micrognatismo, entre outras)						

Comprovante de Entrega da Carta de Orientação ao Beneficiário e da Declaração de Saúde

Nome: _____

CPF: _____

Data: ____/____/____

Corretor: _____

Ass.: _____

Caso algum dos participantes desta proposta apresente alguma das situações anteriores, especifique a razão da mesma (informe datas, tratamentos, quadro atual e tudo mais que julgar importante para a avaliação da sua saúde).

Item	Beneficiário	Esclarecimento

É portador de qualquer outra doença que NÃO SE ENCONTRA DESCRITA nas perguntas anteriores? Se sim, informe a data do diagnóstico e os tratamentos realizados no quadro abaixo:

Beneficiário	Informações adicionais

Quadro de peso e altura	TITULAR	Dependentes				
		1	2	3	4	5
Peso (Kg)						
Altura (cm)						

TERMO DE RESPONSABILIDADE E DECLARAÇÕES ESPECÍFICAS

Assumo a responsabilidade por todas as declarações feitas nesta proposta, inclusive as que estão impressas, que coincidem com as da cópia em meu poder. Declaro ter conhecimento dos termos do artigo 766 do Código Civil Brasileiro, o qual dispõe sobre a perda de direitos e responsabilidade por omissão de circunstâncias ou declarações inexatas que possam influir na aceitação desta Proposta.

1. DECLARO que recebi e tenho conhecimento do inteiro teor do Contrato para Cobertura de Assistência Médica Ambulatorial e Hospitalar da HUMANA SAÚDE.

2. DECLARO que neste Contrato estão descritas todas as características que regem o Plano de Saúde por mim escolhido e os Aditivos opcionais.

3. DECLARO que neste Contrato estão descritas todas as situações específicas definidas em acordo com o que determina a Lei 9.656, de 3 de junho de 1998, e todas as disposições que a regulamentaram, em especial no que diz respeito a exclusões de cobertura, carências, condições de pagamento e reajustes, além de variações de preços por faixas etárias.

4. DECLARO que a HUMANA SAÚDE poderá utilizar todos os meios de prova em direito admitidos para elucidar eventos médico-hospitalares relacionados aos beneficiários desta solicitação de adesão, pelo que autorizo os prestadores de serviços a fornecer as informações necessárias ao médico indicado pela HUMANA SAÚDE.

5. DECLARO que fui devidamente informado(a) quanto às opções em caso de Doenças e Lesões Preexistentes, conforme item 3, desta Declaração de Saúde, e OPTEI:

☐ Pela Cobertura Parcial Temporária - CPT ☐ Pelo AGRAVO

6. DECLARO que fui devidamente informado(a) quanto às opções no preenchimento desta Declaração de Saúde, conforme item 1, e OPTEI:

☐ por ser orientado por médico credenciado da HUMANA SAÚDE no preenchimento da Declaração de Saúde acima.

☐ por ser orientado por médico particular de minha confiança no preenchimento da Declaração de Saúde acima.

☐ DECLARO que me foram oferecidas as opções acima especificadas e que, tendo conhecimento de todos os itens da Declaração de Saúde, deixei de fazer a entrevista médica qualificada com a orientação de um médico, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas nesta declaração.

assinatura do médico orientador, com carimbo e CRM

assinatura do proponente titular / responsável e CPF

Local e data _____

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 **DESFILIAÇÃO** 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