



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

Assinatura do Contratante