

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)

COM COPARTICIPAÇÃO - COPAY VARIÁVEL

 OPÇÕES II COM OBSTETRÍCIA E QUARTO PRIVATIVO COL. ADESÃO - COPARTICIPAÇÃO - ANS 487.057/20-3 | Abrangência nacional | Cessão de Rede Gama| Rede Top Plus OPÇÕES II COM OBSTETRÍCIA E QUARTO COLETIVO COL. ADESÃO - COPARTICIPAÇÃO - ANS 487.046/20-8 | Abrangência nacional | Cessão de Rede Gama| Rede Top Plus

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* [] M [] F [] Outro. Qual?		Data de Nascimento*
Nº da Carteira de Identidade*	Estado Civil [] Solteiro [] Casado [] Viúvo [] Divorciado [] Outros		Nº Cartão Nacional de Saúde*
RC Redução de Carências	Haverá inclusão de dependentes no contrato? [] Sim [] Não		
Nome Completo da Mãe* (sem abreviações)			
Logradouro		Número	Complemento
CEP	Bairro	Município	UF
Telefone Celular*	WhatsApp	E-mail*	

Local e Data

Assinatura do Representante ou Proponente Titular

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

1	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)		

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

NOMENCLATURA	LINHA OPÇÕES (NACIONAL) COPARTICIPAÇÃO		LINHA PREMIUM II PLUS (ESTADUAL) INTEGRAL		LINHA OPÇÕES (NACIONAL) INTEGRAL		LINHA GOLD (GR. MUNICIPIOS) INTEGRAL	
	OPÇÕES QUARTO PRIVATIVO COPART. ADESÃO II	OPÇÕES QUARTO COLETIVO COPART. ADESÃO II	PREMIUM II PLUS C/ OBS QP CA	PREMIUM II PLUS C/ OBS QC CA	OPCOES QP CA II NAC GAMA COLETIVO POR ADESÃO	OPCOES QC CA II NAC GAMA COLETIVO POR ADESÃO	GOLD COM OBST QP CA	GOLD COM OBST QC CA
REGISTRO ANS	487.057/20-3	487.046/20-8	492.874/22-1	492.873/22-3	487.050/20-6	487.053/20-1	486.677/20-1	486.658/20-4
FAIXA ETÁRIA	VALORES PER CAPITAS	VALORES PER CAPITAS	VALORES PER CAPITAS	VALORES PER CAPITAS	VALORES PER CAPITAS	VALORES PER CAPITAS	VALORES PER CAPITAS	VALORES PER CAPITAS
00 - 18 anos	R\$ 280,86	R\$ 223,43	R\$ 276,25	R\$ 219,77	R\$ 313,09	R\$ 249,07	R\$ 190,57	R\$ 151,60
19 - 23 anos	R\$ 320,57	R\$ 255,03	R\$ 315,31	R\$ 250,85	R\$ 357,35	R\$ 284,29	R\$ 217,53	R\$ 173,04
24 - 28 anos	R\$ 361,94	R\$ 287,92	R\$ 356,00	R\$ 283,20	R\$ 403,47	R\$ 320,96	R\$ 245,58	R\$ 195,37
29 - 33 anos	R\$ 408,81	R\$ 325,22	R\$ 402,11	R\$ 319,88	R\$ 455,72	R\$ 362,54	R\$ 277,39	R\$ 220,67
34 - 38 anos	R\$ 475,64	R\$ 378,40	R\$ 467,84	R\$ 372,19	R\$ 530,22	R\$ 421,82	R\$ 322,75	R\$ 256,76
39 - 43 anos	R\$ 566,21	R\$ 450,44	R\$ 556,93	R\$ 443,05	R\$ 631,19	R\$ 502,13	R\$ 384,19	R\$ 305,64
44 - 48 anos	R\$ 706,06	R\$ 561,69	R\$ 694,49	R\$ 552,48	R\$ 787,09	R\$ 626,14	R\$ 479,09	R\$ 381,14
49 - 53 anos	R\$ 888,44	R\$ 707,22	R\$ 873,88	R\$ 695,63	R\$ 990,39	R\$ 788,38	R\$ 603,22	R\$ 479,89
54 - 58 anos	R\$ 1.168,41	R\$ 929,51	R\$ 1.149,25	R\$ 914,27	R\$ 1.302,49	R\$ 1.036,17	R\$ 792,81	R\$ 630,71
59 anos acima	R\$ 1.652,71	R\$ 1.314,78	R\$ 1.625,62	R\$ 1.293,23	R\$ 1.842,36	R\$ 1.465,66	R\$ 1.121,43	R\$ 892,14