

MA ADESAO

SOLICITAÇÃO DE ADESAO
DE BENEFICIÁRIO - SINDJUSFimal MA
Av Getulio Vargas, 2063 - Fátima - São Luís/MA
65.025-000humana
SAÚDE

ANS nº 357511

DADOS DO PRODUTOR

Cód do Produtor CNPJ	Nome do Produtor CNPJ	
Cód do Produtor CPF	Nome do Produtor CPF	Tel. do Corretor

PRODUTO CONTRATADO

Contratação [] Médico [] Dental

PLANO REFERÊNCIA

☒ Declaro haver recusado a oferta Plano Referência.

[] REFERÊNCIA PJ - Amb. + Hosp C/ Obst. | ANS 485.336/20-3 | Abrangência: Grupo de Municípios RN/PI/MA | Rede Access

LINHA OPÇÕES

[] OPÇÕES TOP QUARTO PRIVATIVO PJ - ANS 487.045/20-0 | Abrangência: Nacional | Rede Top Plus (Apartamento)

[] OPÇÕES QUARTO PRIVATIVO PJ II - ANS 487.045/20-0 | Abrangência: Nacional | Rede Top Plus

[] OPÇÕES QUARTO COLETIVO PJ II - ANS 487.045/20-0 | Abrangência: Nacional | Rede Top Plus

[] OPÇÕES QUARTO PRIVATIVO COPARTICIPAÇÃO PJ II - ANS 487.054/20-9 | Abrangência: Nacional | Rede Top Plus (COPARTICIPAÇÃO SOMENTE NO HSD)

[] OPÇÕES QUARTO COLETIVO COPARTICIPAÇÃO PJ II - ANS 487.047/20-6 | Abrangência: Nacional | Rede Top Plus (COPARTICIPAÇÃO SOMENTE NO HSD)

LINHA PREMIUM II PLUS

INTEGRAL

[] PREMIUM II PLUS COM OBSTETRÍCIA QUARTO PRIVATIVO PJ- ANS 492.469/22-0 | Abrangência: Grupo de Estados RN/PI/MA | Rede Plus (Apartamento)

[] PREMIUM II PLUS COM OBSTETRÍCIA QUARTO COLETIVO PJ- ANS 492.466/22-5 | Abrangência: Grupo de Estados RN/PI/MA | Rede Plus (Enfermaria)

LINHA PREMIUM

INTEGRAL

[] PREMIUM COM OBSTETRÍCIA QUARTO PRIVATIVO PJ - ANS 492.349/20-1 | Abrangência: Grupo de Municípios RN/PI/MA | Rede Plus

[] PREMIUM COM OBSTETRÍCIA QUARTO COLETIVO PJ - ANS 492.349/20-1 | Abrangência: Grupo de Municípios RN/PI/MA | Rede Plus

[] PREMIUM SEM OBSTETRÍCIA QUARTO PRIVATIVO PJ - ANS 492.349/20-1 | Abrangência: Grupo de Municípios RN/PI/MA | Rede Plus

[] PREMIUM SEM OBSTETRÍCIA QUARTO COLETIVO PJ - ANS 492.349/20-1 | Abrangência: Grupo de Municípios RN/PI/MA | Rede Plus

LINHA PLATINUM

COM COPARTICIPAÇÃO - COPAY FIXA

[] PLATINUM COM OBSTETRÍCIA QUARTO PRIVATIVO COPARTICIPAÇÃO PJ - ANS 486.363/20-6 | Abrangência: Grupo de Municípios RN/PI/MA | Rede Plus

[] PLATINUM COM OBSTETRÍCIA QUARTO COLETIVO COPARTICIPAÇÃO PJ - ANS 486.363/20-6 | Abrangência: Grupo de Municípios RN/PI/MA | Rede Plus

[] PLATINUM SEM OBSTETRÍCIA QUARTO PRIVATIVO COPARTICIPAÇÃO PJ - ANS 486.363/20-6 | Abrangência: Grupo de Municípios RN/PI/MA | Rede Plus

[] PLATINUM SEM OBSTETRÍCIA QUARTO COLETIVO COPARTICIPAÇÃO PJ - ANS 486.363/20-6 | Abrangência: Grupo de Municípios RN/PI/MA | Rede Plus

LINHA GOLD

INTEGRAL

[] GOLD QP SEM COPART AMB + HOSP. COM OBS CE - ANS 486.670/20-3 | Abrangência: Grupo de Municípios RN/PI/MA | Rede Standard (Apartamento)

[] GOLD QC SEM COPART AMB + HOSP. COM OBS CE - ANS 486.669/20-0 | Abrangência: Grupo de Municípios RN/PI/MA | Rede Standard (Enfermaria)

LINHA GOLD

COM COPARTICIPAÇÃO - COPAY FIXA

[] GOLD QP COM COPART AMB + HOSP. COM OBS CE - ANS 486.670/20-3 | Abrangência: Grupo de Municípios RN/PI/MA | Rede Standard

[] GOLD QC COM COPART AMB + HOSP. COM OBS CE - ANS 486.669/20-0 | Abrangência: Grupo de Municípios RN/PI/MA | Rede Standard

LINHA ODONTO PLUS

ODONTOLÓGICO

[] ODONTO PLUS EMPRESARIAL - ANS 486.463/20-8 | Abrangência: Grupo de Estados RN/PI/MA

[] ODONTO ORTO PLUS EMPRESARIAL - ANS 488.636/21-4 | Abrangência: Grupo de Estados RN/PI/MA

Legenda Acomodação: QC = Quarto Coletivo | QP = Quarto Privado

QUALIFICAÇÃO DO TITULAR BENEFICIÁRIO

Nome Completo* (sem abreviações)			
CPF*	Sexo* [] M [] F [] Outro. Qual?		Data de Nascimento*
N° da Carteira de Identidade*	Estado Civil [] Solteiro [] Casado [] Viúvo [] Divorciado [] Outros		N° Cartão Nacional de Saúde*
PRC Programa de Redução de Carteira	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*	

DADOS DO RESPONSÁVEL (PREENCHER SOMENTE QUANDO O PROPONENTE TITULAR FOR MENOR DE IDADE)

Nome Completo do Responsável* (sem abreviações)			CPF*
Data de Nascimento*	Sexo* [] M [] F	Estado Civil [] Solteiro [] Casado [] Separado [] Viúvo [] Divorciado [] Outros	Grau de Parentesco [] Cônjuge [] Pai/Mãe [] Outros
Telefone Celular*	WhatsApp	E-mail*	

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
	PRC Programa de Redução de Carteira	N° Cartão Nacional de Saúde*	Grau de Parentesco [] Cônjuge [] Filho(a) [] Outro Qual: _____
	Telefone/WhatsApp		E-mail
	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
	PRC Programa de Redução de Carteira	N° Cartão Nacional de Saúde*	Grau de Parentesco [] Cônjuge [] Filho(a) [] Outro Qual: _____
	Telefone/WhatsApp		E-mail
	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
	PRC Programa de Redução de Carteira	N° Cartão Nacional de Saúde*	Grau de Parentesco [] Cônjuge [] Filho(a) [] Outro Qual: _____
	Telefone/WhatsApp		E-mail
	Nome Completo da Mãe* (sem abreviações)		

4	Nome Completo* <i>(sem abreviações)</i>		CPF*
	Data de Nascimento*	Sexo* [] M [] F [] Outro. Qual?	Estado Civil [] Solteiro [] Casado [] Viúvo [] Divorciado [] Outro
	PRC <i>Programa de Redução de Cartões</i>	Nº Cartão Nacional de Saúde*	Grau de Parentesco [] Cônjuge [] Filho(a) [] Outro Qual: _____
	Telefone/WhatsApp		E-mail
	Nome Completo da Mãe* <i>(sem abreviações)</i>		

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.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)

Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RNº 162/2007.

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui co-participação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.

REAJUSTE

Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RNº 63/2003.

Os planos coletivos **não** precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS. O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN 63/2003.

ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO

Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.

VIGÊNCIA

A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.

A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.

REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO

Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por **não** pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.

Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.

Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos

Nos planos coletivos os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congêneres, órgão público ou empresa.

Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei n.º 9656/1998, nos planos coletivos empresariais

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à co-participação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria.

Coletivo Empresarial

Com 30 participantes ou mais Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.

Com menos de 30 participantes É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado.

Coletivo por Adesão

É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, independente do número de participantes.

No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor.

Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

ANEXO
CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, instituição que regula a 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 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.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

São Luís, 28/06/2024
Local Data

Nome: George de Jesus dos Santos Pereira

CPF: 015.689.843.83

Assinatura: George de Jesus dos Santos Pereira

George J. dos Santos Ferreira
Presidente
SINDJUS/MA

DECLARAÇÃO
DE SAÚDE

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 ABREVIACÕES)

CPF:

E-MAIL:

CELULAR / WHATSAPP:

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO:

ENDEREÇO:

DADOS DO(A) BENEFICIÁRIO DEPENDENTE 1

NOME COMPLETO (SEM ABREVIACÕES)

CPF:

E-MAIL:

CELULAR / WHATSAPP:

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO:

ENDEREÇO:

DADOS DO(A) BENEFICIÁRIO DEPENDENTE 2

NOME COMPLETO (SEM ABREVIACÕES)

CPF:

E-MAIL:

CELULAR / WHATSAPP:

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO:

ENDEREÇO:

DADOS DO(A) BENEFICIÁRIO DEPENDENTE 3

NOME COMPLETO (SEM ABREVIACÕES)

CPF:

E-MAIL:

CELULAR / WHATSAPP:

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO:

ENDEREÇO:

DADOS DO(A) BENEFICIÁRIO DEPENDENTE 4

NOME COMPLETO (SEM ABREVIACÕES)

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 Agravio, 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.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE



ANS nº 357511

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 30 será considerada obesidade mórbida, como doença preexistente.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE



ANS nº 357511

	Titular	Dep 01	Dep 02	Dep 03	Dep 04
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)?					
2. É PORTADOR (A) DE DOENÇAS ENDOCRINOLÓGICAS (açúcar no sangue, diabetes, hiper ou hipotireoidismo, bócio ou nódulos na tireoide, obesidade, sobrepeso, baixo peso importante, outras doenças/lesões. Especificar)?					
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)?					
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, sequela de AVC, meningites, aneurismas cerebrais, esclerose múltipla, esclerose lateral, outras doenças, lesões. Especificar)?					
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)?					
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)?					
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)?					
8. É PORTADOR (A) DE DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO (rinites, bronquites, sinusites, asma, pneumonia, enfisema, DPOC, nódulos no pulmão, tuberculose, outras doenças, lesões. Especificar)?					
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)?					
10. É PORTADOR (A) DE DOENÇAS DA PELE (verrugas, manchas, pintas, queloides, nódulos, tumores, caroços, cistosebáceo, lipoma, calosidade plantar, hiperidrose (excesso de sudorese), vitiligo, melanoma, câncer de pele, cicatrizes, alergias, outras doenças/lesões. Especificar)?					

DECLARAÇÃO DE SAÚDE



ANS nº 357/511

	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, perineo, 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 incluído, 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)?					

[ANS N° J5751]

6

DECLARAÇÃO DE SAÚDE



ANS nº 357511

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.

_____ de _____ de _____
(local e data) 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.

_____ de _____ de _____
(local e data) 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 **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

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 SINDIUS-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