



Cód DO PRODUTOR CNPJ	NOME DO PRODUTOR CNPJ
Cód DO PRODUTOR CPF	NOME DO PRODUTOR CPF
	TEL. DO CORRETOR

Periodo Venda	Vig./Venc.
de 01 à 04	Dia 15
de 05 à 09	Dia 20
de 10 à 14	Dia 25
de 15 à 19	Dia 30
de 20 à 24	Dia 05'
de 25 à 31	Dia 10'

*Mês Subsequente

PLANO ☐ **ODONTO PLUS EMPRESARIAL** • ANS Nº 486.463/20-8 • Grupo de Estados RN/PI/MA/PB

☐ **ODONTO ORTO PLUS EMPRESARIAL** • ANS Nº 488.635/21-6 • Grupo de Estados RN/PI/MA/PB

*TITULAR E DEPENDENTE(S) DEVEM ADQUIRIR O MESMO PLANO.

CNPJ E RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA CONTRATANTE

DADOS DO TITULAR BENEFICIÁRIO

0	NOME			
CPF	DATA DE NASCIMENTO	ESTADO CIVIL *	SEXO ***	CARTÃO NAC. DE SAÚDE
NOME DA MÃE				DATA DE NASCIMENTO
ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA (NOME DO LOGRADOURO)				NÚMERO
COMPLEMENTO			BAIRRO	
MUNICÍPIO	UF	CEP	E-MAIL	
TELEFONES PARA CONTATO	DDD	TELEFONE RESIDENCIAL	DDD	TELEFONE COMERCIAL / CELULAR

DADOS DE DEPENDENTES BENEFICIÁRIOS

1	NOME					
	CPF	DATA DE NASCIMENTO	SEXO ***	ESTADO CIVIL *	GRAU DE PARENTESCO **	CARTÃO NAC. DE SAÚDE
	NOME DA MÃE					DATA DE NASCIMENTO
2	NOME					
	CPF	DATA DE NASCIMENTO	SEXO ***	ESTADO CIVIL *	GRAU DE PARENTESCO **	CARTÃO NAC. DE SAÚDE
	NOME DA MÃE					DATA DE NASCIMENTO
3	NOME					
	CPF	DATA DE NASCIMENTO	SEXO ***	ESTADO CIVIL *	GRAU DE PARENTESCO **	CARTÃO NAC. DE SAÚDE
	NOME DA MÃE					DATA DE NASCIMENTO

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 O - Outro. Qual?

Local e data

Assinatura do Titular

Assinatura do Titular

Assinatura do Contratante

4	NOME					
	CPF	DATA DE NASCIMENTO	SEXO ***	ESTADO CIVIL *	GRAU DE PARENTESCO **	CARTÃO NAC. DE SAÚDE
	NOME DA MÃE					DATA DE NASCIMENTO

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 O - Outro. Qual?

QUANTITATIVOS DE BENEFICIÁRIOS:

Nº TITULARES	Nº DEPENDENTES	Nº TOTAL BENEFICIÁRIOS	VALOR INDIVIDUAL EM R\$	VALOR TOTAL EM R\$

CARÊNCIA CONTRATUAL ODONTOPLUS - ANS Nº 486.463/20-8

CONSULTA, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E RADIOGRAFIAS SIMPLES	24h
PREVENÇÃO E DENTÍSTICA	30 Dias
PERIODONTIA E CIRURGIA	60 Dias
ENDODONTIA	90 Dias
DEMAIS PROCEDIMENTOS PREVISTOS NO ROL DA ANS	120 Dias

CARÊNCIA CONTRATUAL ODONTOPLUS ORTO - ANS Nº 488.635/21-6

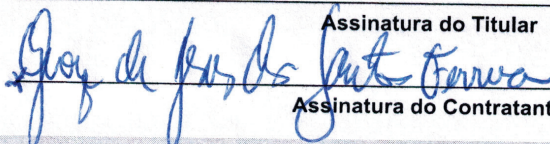
CONSULTA, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E RADIOGRAFIAS SIMPLES	24h
PREVENÇÃO E DENTÍSTICA	30 Dias
PERIODONTIA E CIRURGIA	60 Dias
ENDODONTIA	90 Dias
DEMAIS PROCEDIMENTOS PREVISTOS NO ROL DA ANS	120 Dias
PROCEDIMENTOS EXTRA ROL	180 Dias

DECLARAÇÃO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE

1. Declaro que recebi eletronicamente 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 Titular



Assinatura do Contratante

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 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