

### Planos de Abrangência Nacional

( ) **GEAP SAÚDE II**

Registro ANS: 458004084

( ) **GEAP SAÚDE VIDA**

Registro ANS: 473881151

( ) **GEAP FAMÍLIA (Grupo Familiar do GEAP SAÚDE II)**

Registro ANS: 434233000

( ) **GEAP REFERÊNCIA**

Registro ANS: 455830078

( ) **GEAP REFERÊNCIA VIDA**

Registro ANS: 473880152

( ) **GEAP ESSENCIAL**

Registro ANS: 455835079

( ) **GEAP CLÁSSICO**

Registro ANS: 456093071

### Planos de Abrangência Estadual

( ) **GEAP Para Você** [ ] Informe o Estado. (AM, DF, ES, GO, MG, MS, MT, PA, PB, PE, PR, RJ, RS, SC).

Inscrição:  
(uso da Geap)

## 1. DADOS PESSOAIS DO TITULAR

**Adesão com portabilidade de Carências** ( ) Sim ( ) Não

**Observar o disposto no inciso XVI do subitem 7.1 do item 7 deste termo.**

Nome:

Data de Nascimento:     /     /

Filiação 1:

Filiação 2:

|     |                  |                  |
|-----|------------------|------------------|
| RG: | Órgão Expedidor: | Data de Emissão: |
|-----|------------------|------------------|

|      |  |               |
|------|--|---------------|
| CPF: | Sexo: Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> | Estado Civil: |
|------|--|---------------|

|           |         |
|-----------|---------|
| Endereço: | Bairro: |
|-----------|---------|

|         |     |      |
|---------|-----|------|
| Cidade: | UF: | CEP: |
|---------|-----|------|

|               |               |             |
|---------------|---------------|-------------|
| Tel. Res.:( ) | Tel. Com.:( ) | Celular:( ) |
|---------------|---------------|-------------|

E-mail:

Possui Deficiência Física? ( ) Sim ( ) Não

Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s):

( ) deficiência visual ( ) deficiência auditiva ( ) deficiência de locomoção/motora ( ) deficiência intelectual

|  |                |                          |
|--|----------------|--------------------------|
| Autoriza o envio de SMS Marketing? ( ) Sim ( ) Não   |                |                          |
| Autoriza o envio de E-mail Marketing? ( ) Sim ( ) Não  |                |                          |
| <b>Estou de acordo com o disposto no inciso I e VIII do subitem 7.1 do item 7 deste termo:</b> |                |                          |
| _____  | ____/____/____ | _____                    |
| Local  | Data           | Assinatura do(a) titular |

## 1.1 DADOS FINANCEIROS

|        |          |                    |
|--------|----------|--------------------|
| Banco: | Agência: | Nº Conta Corrente: |
|--------|----------|--------------------|

## 2. DADOS FUNCIONAIS DO TITULAR

|   |                         |            |
|---|-------------------------|------------|
| Patrocinadora/Conveniada:   |                         | Matrícula: |
| Data de Admissão: ____/____/____  | Cargo:                  |            |
| Situação: ATIVO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> CARGO EM COMISSÃO <input type="checkbox"/> REQUISITADO <input type="checkbox"/> CEDIDO <input type="checkbox"/> PENSIONISTA <input type="checkbox"/> |                         |            |
| Remuneração:  | Ref. Mês/Ano: ____/____ |            |
| Vínculo com sindicato: ( ) Sim ( ) Não  | Nome do sindicato:      |            |

## 3. DADOS DOS DEPENDENTES

(\*) Preenchimento obrigatório, com dados próprios do beneficiário.

(\*\*) Condição permitida de acordo com as regras do convênio com o patrocinador.

|   |                     |  |
|---|---------------------|--|
| <b>Adesão com portabilidade de Carências ( ) Sim ( ) Não</b>                      |                     |  |
| <b>Observar o disposto no inciso XVI do subitem 7.1 do item 7 deste termo.</b>    |                     |  |
| Caso a opção não seja o mesmo plano do titular, informar o plano escolhido: _____ |                     |  |
| Seq:  | Nome:               |  |
| Data de Nasc.: ____/____/____   | Grau de Parentesco: |  |
| Filiação 1:   |                     |  |

|  |  |                             |      |
|--|--|-----------------------------|------|
| Filiação 2:  |  |                             |      |
| RG:(*)   | Órgão Expedidor:(*)  | Data de Emissão:            |      |
| CPF: (*)   | Sexo: Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> | Estado Civil:               |      |
| Possui Deficiência Física? ( ) Sim ( ) Não   |  |                             |      |
| Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s):   |  |                             |      |
| ( ) deficiência visual ( ) deficiência auditiva ( ) deficiência de locomoção/motora ( ) deficiência intelectual  |  |                             |      |
| Repetir Endereço do Titular <input type="checkbox"/>   | Endereço:  |                             |      |
| Bairro:  | Cidade   | UF:                         | CEP: |
| Tel. Res.:( )  | Tel. Com.:( )  | Celular:( )                 |      |
| E-mail 1:  |  | E-mail 2:                   |      |
| Será inscrito no mesmo plano do Titular? (**) ( ) Sim ( ) Não  |  |                             |      |
| Estou de acordo com o disposto no inciso I do subitem 7.1 do item 7 deste termo:   |  |                             |      |
| <b>Obs: Se o(a) beneficiário(a) do grupo familiar for menor de 18 (dezoito) anos ou incapaz, necessário o preenchimento da Declaração constante no Anexo II, pelo genitor(a) ou tutor(a) do(a) menor ou incapaz.</b> |  |                             |      |
| _____  | ____/____/____   | _____                       |      |
| Local  | Data   | Assinatura do(a) Dependente |      |

|   |                     |                  |
|---|---------------------|------------------|
| <b>Adesão com portabilidade de Carências ( ) Sim ( ) Não</b>                      |                     |                  |
| <b>Observar o disposto no inciso XVI do subitem 7.1 do item 7 deste termo.</b>    |                     |                  |
| Caso a opção não seja o mesmo plano do titular, informar o plano escolhido: _____ |                     |                  |
| Seq:  | Nome:               |                  |
| Data de Nasc.:    /    /  | Grau de Parentesco: |                  |
| Filiação 1:   |                     |                  |
| Filiação 2:   |                     |                  |
| RG:(*)  | Órgão Expedidor:(*) | Data de Emissão: |

|  |  |  |           |                             |      |
|--|--|--|-----------|-----------------------------|------|
| CPF: (*)   |  | Sexo: Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> |           | Estado Civil:               |      |
| Possui Deficiência Física? ( ) Sim ( ) Não   |  |  |           |                             |      |
| Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s):   |  |  |           |                             |      |
| ( ) deficiência visual ( ) deficiência auditiva ( ) deficiência de locomoção/motora ( ) deficiência intelectual  |  |  |           |                             |      |
| Repetir Endereço do Titular <input type="checkbox"/>   |  | Endereço:  |           |                             |      |
| Bairro:  |  | Cidade   |           | UF:                         | CEP: |
| Tel. Res.:( )  |  | Tel. Com.:( )  |           | Celular:( )                 |      |
| E-mail 1:  |  |  | E-mail 2: |                             |      |
| Será inscrito no mesmo plano do Titular? (**) ( ) Sim ( ) Não  |  |  |           |                             |      |
| Estou de acordo com o disposto no inciso I do subitem 7.1 do item 7 deste termo:   |  |  |           |                             |      |
| <b>Obs: Se o(a) beneficiário(a) do grupo familiar for menor de 18 (dezoito) anos ou incapaz, necessário o preenchimento da Declaração constante no Anexo II, pelo genitor(a) ou tutor(a) do(a) menor ou incapaz.</b> |  |  |           |                             |      |
| _____  |  | ____/____/____   |           | _____                       |      |
| Local  |  | Data   |           | Assinatura do(a) Dependente |      |

|   |  |  |  |                  |  |
|---|--|--|--|------------------|--|
| <b>Adesão com portabilidade de Carências ( ) Sim ( ) Não</b>                      |  |  |  |                  |  |
| <b>Observar o disposto no inciso XVI do subitem 7.1 do item 7 deste termo.</b>    |  |  |  |                  |  |
| Caso a opção não seja o mesmo plano do titular, informar o plano escolhido: _____ |  |  |  |                  |  |
| Seq:  |  | Nome:  |  |                  |  |
| Data de Nasc.: / /  |  | Grau de Parentesco:  |  |                  |  |
| Filiação 1:   |  |  |  |                  |  |
| Filiação 2:   |  |  |  |                  |  |
| RG:(*)  |  | Órgão Expedidor:(*)  |  | Data de Emissão: |  |
| CPF: (*)  |  | Sexo: Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> |  | Estado Civil:    |  |
| Possui Deficiência Física? ( ) Sim ( ) Não  |  |  |  |                  |  |

|  |                |                             |      |
|--|----------------|-----------------------------|------|
| Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s):<br>( ) deficiência visual ( ) deficiência auditiva ( ) deficiência de locomoção/motora ( ) deficiência intelectual                                      |                |                             |      |
| Repetir Endereço do Titular <input type="checkbox"/>   |                | Endereço:                   |      |
| Bairro:  | Cidade         | UF:                         | CEP: |
| Tel. Res.:( )  | Tel. Com.:( )  | Celular:( )                 |      |
| E-mail 1:  |                | E-mail 2:                   |      |
| Será inscrito no mesmo plano do Titular? (**) ( ) Sim ( ) Não  |                |                             |      |
| Estou de acordo com o disposto no inciso I do subitem 7.1 do item 7 deste termo:   |                |                             |      |
| <b>Obs: Se o(a) beneficiário(a) do grupo familiar for menor de 18 (dezoito) anos ou incapaz, necessário o preenchimento da Declaração constante no Anexo II, pelo genitor(a) ou tutor(a) do(a) menor ou incapaz.</b> |                |                             |      |
| _____  | ____/____/____ | _____                       |      |
| Local  | Data           | Assinatura do(a) Dependente |      |

#### 4. GRUPO FAMILIAR

(\*) Preenchimento obrigatório, com dados próprios do beneficiário.

(\*\*) Condição permitida de acordo com as regras do convênio com o patrocinador.

(\*\*\*) Nos casos em que o titular não se responsabilizar financeiramente pelos beneficiários do grupo familiar, favor observar o que dispõe o ANEXO III deste formulário.

|   |                     |
|---|---------------------|
| <b>Adesão com portabilidade de Carências ( ) Sim ( ) Não</b>                      |                     |
| <b>Observar o disposto no inciso XVI do subitem 7.1 do item 7 deste termo.</b>    |                     |
| Caso a opção não seja o mesmo plano do titular, informar o plano escolhido: _____ |                     |
| Nome:   |                     |
| Data de Nasc: ____/____/____  | Grau de parentesco: |
| Filiação 1:   |                     |
| Filiação 2:   |                     |

|  |  |  |      |
|--|--|--|------|
| RG:(*)   | Órgão Expedidor:(*)  | Data de Emissão:                                   |      |
| CPF: (*)   | Sexo: Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> | Estado Civil:                                      |      |
| Possui Deficiência Física? ( ) Sim ( ) Não   |  |  |      |
| Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s):   |  |  |      |
| ( ) deficiência visual ( ) deficiência auditiva ( ) deficiência de locomoção/motora ( ) deficiência intelectual  |  |  |      |
| Repetir Endereço do Titular  |  | Endereço:  |      |
| Bairro:  | Cidade   | UF:  | CEP: |
| Tel. Res.:( )  | Tel. Com.:( )  | Celular:( )  |      |
| Banco:   | Agência:   | Conta:   |      |
| E-mail 1:  |  | E-mail 2:  |      |
| Será inscrito no mesmo plano do Titular? (**) ( ) Sim ( ) Não  |  |  |      |
| Titular responsável financeiro por este beneficiário familiar (***): ( ) Sim ( ) Não   |  |  |      |
| Estou de acordo com o disposto no inciso I do subitem 7.1 do item 7 deste termo:   |  |  |      |
| <b>Obs: Se o(a) beneficiário(a) do grupo familiar for menor de 18 (dezoito) anos ou incapaz, necessário o preenchimento da Declaração constante no Anexo II, pelo genitor(a) ou tutor(a) do(a) menor ou incapaz.</b> |  |  |      |
| _____  | ____/____/____   | _____  |      |
| Local  | Data   | Assinatura do(a) Beneficiário(a) do Grupo Familiar |      |

|   |                     |
|---|---------------------|
| <b>Adesão com portabilidade de Carências ( ) Sim ( ) Não</b>                      |                     |
| <b>Observar o disposto no inciso XVI do subitem 7.1 do item 7 deste termo.</b>    |                     |
| Caso a opção não seja o mesmo plano do titular, informar o plano escolhido: _____ |                     |
| Nome:   |                     |
| Data de Nasc: ____/____/____  | Grau de parentesco: |
| Filiação 1:   |                     |
| Filiação 2:   |                     |

|  |  |  |      |
|--|--|--|------|
| RG:(*)   | Órgão Expedidor:(*)  | Data de Emissão:                                   |      |
| CPF: (*)   | Sexo: Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> | Estado Civil:                                      |      |
| Possui Deficiência Física? ( ) Sim ( ) Não<br>Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s):<br><br>( ) deficiência visual ( ) deficiência auditiva ( ) deficiência de locomoção/motora ( ) deficiência intelectual  |  |  |      |
| Repetir do Titular <input type="checkbox"/>  | Endereço:  |  |      |
| Bairro:  | Cidade   | UF:  | CEP: |
| Tel. Res.:( )  | Tel. Com.:( )  | Celular:( )  |      |
| Banco:   | Agência:   | Conta:   |      |
| E-mail 1:  |  | E-mail 2:  |      |
| Será inscrito no mesmo plano do Titular? (**) ( ) Sim ( ) Não  |  |  |      |
| Titular responsável financeiro por este beneficiário familiar (**): ( ) Sim ( ) Não  |  |  |      |
| Estou de acordo com o disposto no inciso I do subitem 7.1 do item 7 deste termo:<br><br><b>Obs: Se o(a) beneficiário(a) do grupo familiar for menor de 18 (dezoito) anos ou incapaz, necessário o preenchimento da Declaração constante no Anexo II, pelo genitor(a) ou tutor(a) do(a) menor ou incapaz.</b> |  |  |      |
| _____  | ____/____/____   | _____  |      |
| Local  | Data   | Assinatura do(a) Beneficiário(a) do Grupo Familiar |      |

|  |
|--|
| <b>Adesão com portabilidade de Carências ( ) Sim ( ) Não</b><br><b>Observar o disposto no inciso XVI do subitem 7.1 do item 7 deste termo.</b> |
| Caso a opção não seja o mesmo plano do titular, informar o plano escolhido: _____  |
| Nome:  |
| Data de Nasc: ____/____/____   |
| Grau de parentesco:  |
| Filiação 1:  |
| Filiação 2:  |

|  |  |  |      |
|--|--|--|------|
| RG :(*)  | Órgão Expedidor:(*)  | Data de Emissão:                                   |      |
| CPF: (*)   | Sexo: Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> | Estado Civil:                                      |      |
| Possui Deficiência Física? ( ) Sim ( ) Não<br>Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s):<br><br>( ) deficiência visual ( ) deficiência auditiva ( ) deficiência de locomoção/motora ( ) deficiência intelectual  |  |  |      |
| Repetir do Titular <input type="checkbox"/>  | Endereço:  |  |      |
| Bairro:  | Cidade   | UF:  | CEP: |
| Tel. Res.:( )  | Tel. Com.:( )  | Celular:( )  |      |
| Banco:   | Agência:   | Conta:   |      |
| E-mail 1:  |  | E-mail 2:  |      |
| Será inscrito no mesmo plano do Titular? (**) ( ) Sim ( ) Não  |  |  |      |
| Titular responsável financeiro por este beneficiário familiar (***) : ( ) Sim ( ) Não  |  |  |      |
| Estou de acordo com o disposto no inciso I do subitem 7.1 do item 7 deste termo:<br><br><b>Obs: Se o(a) beneficiário(a) do grupo familiar for menor de 18 (dezoito) anos ou incapaz, necessário o preenchimento da Declaração constante no Anexo II, pelo genitor(a) ou tutor(a) do(a) menor ou incapaz.</b> |  |  |      |
| _____  | ____/____/____   | _____  |      |
| Local  | Data   | Assinatura do(a) Beneficiário(a) do Grupo Familiar |      |

Obs1.: Se necessário, utilize o verso do formulário para complementar a lista de Dependentes/Grupo Familiar.

## 5. ADESÃO

5.1. Solicito minha adesão como titular em razão do Convênio por Adesão celebrado entre a Geap Autogestão em Saúde e o (a) \_\_\_\_\_, assim como a inscrição do (s) dependente (s) e grupo familiar, se houver, relacionados nos itens 3 e 4 deste Termo, respectivamente, para o plano escolhido, e, conseqüentemente, me comprometo a pagar as contribuições mensais e coparticipações do meu plano, dos meus dependentes e dos beneficiários do grupo familiar (\*\*\*\*), dos quais sou responsável, na forma seguinte:



- a) Contribuição mensal de acordo com os valores vigentes e estabelecidos pelo Conselho de Administração da Geap Autogestão em Saúde;
- b) Participação no custeio dos serviços utilizados de acordo com os valores vigentes, estabelecidos pelo Conselho de Administração, com exceção dos planos Geap Referência Vida e Geap Saúde Vida (e de seus respectivos Grupos Familiares), nos quais não há previsão de cobrança de coparticipação;
- c) Parcelas de contribuição ou coparticipação em atraso por ventura, identificada(s);
- d) As cobranças acima descritas podem ser realizadas por meio de consignação em folha, boleto bancário, sendo este último passível de débito em conta;
- e) O vencimento do boleto será até o 5º (quinto) dia útil de cada mês.

5.2. Para o plano Geap Família o(a) beneficiário(a) deverá pagar a primeira contribuição no ato de assinatura do termo de adesão, proporcional aos dias de cobertura no referido mês.

5.3. Declaro ter ciência de que a inscrição ao plano somente será efetivada para fins de direito, inclusive de carência, quando apresentada este termo na Gerência Estadual da Geap Autogestão em Saúde.

## 6. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

6.1. Será fornecido, ao beneficiário, seus dependentes e grupo familiar, um Cartão de Identificação do Beneficiário - CIB, cuja apresentação é obrigatória, juntamente com documento oficial de identidade, para utilização da cobertura assistencial oferecida pelo plano.

6.2. Caso o beneficiário não esteja munido do Cartão de Identificação do Beneficiário - CIB, o atendimento será liberado, mediante apresentação da declaração de atendimento provisória ou a versão digital do CIB, disponibilizado **por meio da** página da Geap na área restrita ao beneficiário, 0800 728 8300 ou ainda nos atendimentos presenciais disponibilizada pela Geap, juntamente com documento oficial de identidade.

6.3. Ocorrendo extravio do Cartão de Identificação do Beneficiário - CIB, o fato deve ser comunicado imediatamente à Central de Atendimento da Geap Autogestão em Saúde pelo número 0800 728 8300, ou à Gerência Estadual ou Gerência do Distrito Federal da GEAP Autogestão em Saúde, para que seja solicitada a emissão de novo cartão.

6.4. A Geap Autogestão em Saúde cobrará do beneficiário o custo correspondente à emissão de 2ª via do cartão, exceto em caso de erro de impressão ou extravio da via anterior.

6.5. É de inteira responsabilidade do beneficiário a utilização e a conservação do cartão de identificação, sendo ele de uso pessoal e intransferível.

6.6. A utilização indevida do cartão do beneficiário poderá acarretar aplicação das penalidades previstas no regulamento do plano.

## 7. TERMO DE RESPONSABILIDADE

7.1. Pelo presente Termo de Responsabilidade, declaro para todos os fins legais, que:

I – Autorizo a GEAP AUTOGESTÃO EM SAÚDE a realizar tratamento dos meus dados pessoais e pessoais sensíveis, em razão do objeto do termo de adesão, **sendo condição para a prestação de assistência à saúde suplementar**, conforme determina a Lei nº. 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Estando assegurado ao titular do dado pessoal e pessoal sensível, mediante requisição, a qualquer momento, obter informações e formular requerimentos específicos por meio da Central Nacional de Teletendimento: 0800 728 8300, ou presencialmente nos balcões de atendimento das Gerências Estaduais ou Gerência do Distrito Federal da GEAP;

II - Comprometo-me a comunicar à GEAP Autogestão em Saúde qualquer evento que implique em perda do meu direito e/ou de meus dependentes e beneficiários do grupo familiar inscritos no plano, entre eles, casamento, morte, ser beneficiário de outro plano de saúde mantido com recursos públicos ou qualquer outra situação, dentro do prazo de 30 (trinta) dias a contar da data do evento, estando ciente de que fico sujeito à penalidade de advertência, que poderá ocorrer a suspensão de cobertura do plano, por fraude, caso não cumpra esse compromisso;

III – **Comprometo-me, após a perda do vínculo com a patrocinadora, a comparecer no RH do órgão ou na Gerência Estadual da GEAP, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data da perda do vínculo funcional, para optar pelo direito de manutenção no plano na condição de beneficiário autopatrocinado, na forma do art. 12 da Resolução Normativa/ANS N.º 279/2011;**

IV - O cancelamento da inscrição a pedido do titular será realizado após a apresentação de formulário específico, considerando as situações abaixo:

a) Formulário específico de cancelamento voluntário, conforme modelo da operadora, à

unidade de recursos humanos do órgão ou entidade a que estiver vinculado ou em que tiver exercício, no caso de titular vinculado a patrocinadora/conveniada; ou

b) Formulário específico de cancelamento voluntário, conforme modelo da operadora, à Gerência Regional da GEAP Autogestão em Saúde mais próxima, no caso de titular não vinculado a conveniada/patrocinador e para o grupo familiar.

V - Nas situações previstas no item IV, o titular se obriga a devolver à GEAP Autogestão em Saúde o CIB – Cartão de Identificação de Beneficiário, seu e de seus dependentes/grupo familiar;

VI - Tenho conhecimento que o Estatuto da GEAP Autogestão em Saúde, o regulamento do plano, a relação da rede prestadora de serviços vinculada ao plano, o manual de orientação para contratação de plano de saúde – MPS e o guia de leitura contratual – GLC, estão todos disponíveis no endereço eletrônico da GEAP: [www.geap.com.br](http://www.geap.com.br);

VII - Tenho conhecimento de que cumprirei, assim como meus dependentes e beneficiários do grupo familiar, os períodos de carência estabelecidos no regulamento do plano, sendo que, durante esse período, somente serão autorizados atendimentos de urgência e emergência;

VIII - Manterei os meus dados cadastrais e de meus dependentes e beneficiários do grupo familiar sempre atualizados junto a GEAP Autogestão em Saúde; e qualquer prejuízo causado à GEAP pela falta de manutenção dos dados será de responsabilidade do titular.

IX - Tenho conhecimento e assumo o compromisso de pagar as contribuições de que trata o inciso I e II do item 6 deste Termo, por meio de Título de Cobrança Bancária emitido pela GEAP Autogestão em Saúde, no caso em que não for possível a consignação de tais débitos em folha de pagamento;

X – Tenho conhecimento e assumo o compromisso de pagar as contribuições de que trata o item 5 deste Termo, por meio de Título de Cobrança Bancária emitido pela GEAP Autogestão em Saúde, dos meus beneficiários do grupo familiar dos quais sou responsável financeiro;

XI - Tenho conhecimento de que as contribuições para o plano serão atualizadas com base em estudos atuariais, observando-se a legislação que trata a matéria;

XII – Tenho conhecimento de que os planos da GEAP garantem assistência conforme abrangência

geográfica, área de atuação e em rede específica;

XIII – Tenho conhecimento que após o meu dependente – filho(a), enteado(a), completar 21 (vinte e um) anos de idade, esse será enquadrado automaticamente como beneficiário do grupo familiar, salvo manifestação em contrário do(a) beneficiário(a) titular à GEAP ou caso o(a) beneficiário(a) titular comprove os requisitos para a manutenção como dependente copatrocinado, **observado o disposto nos regulamentos dos planos e convênio ao qual estiver vinculado;**

XIV – Tenho conhecimento que após o meu dependente – filho(a), enteado(a), completar 24 (vinte e quatro) anos de idade, esse será enquadrado automaticamente como beneficiário do grupo familiar, salvo manifestação em contrário do(a) beneficiário(a) titular à GEAP, **observado o que dispõe o convênio ao qual o(a) beneficiário(a) titular estiver vinculado;**

XV - Estou ciente de que para adesão por meio de portabilidade de carências é necessário atender aos requisitos exigidos na RN/ANS Nº 438/2018, os quais devo comprovar mediante a apresentação dos documentos dispostos na referida resolução à GEAP.

XVI - Sendo o ingresso ao plano da GEAP por meio de portabilidade de carência, comprometo-me a solicitar o cancelamento do plano de origem no prazo de até 5 (cinco) dias a partir do início de vigência deste contrato. Caso fique comprovado que não houve a solicitação do cancelamento do plano de origem, estarei sujeito ao cumprimento dos prazos de carência previstos no regulamento, por perda do direito à portabilidade.

XVII – Tenho conhecimento de que ao aderir ao plano, estou concordando com a forma de custeio e valores vigentes, na data da assinatura do presente termo, sobre o qual manifesto expressa e plena anuência à adesão, o que me foi amplamente esclarecido nesta data, renunciando a qualquer outra forma de custeio.

|                                  |                |                       |
|----------------------------------|----------------|-----------------------|
| <b>Exclusivo do beneficiário</b> |                |                       |
| _____                            | ____/____/____ | _____                 |
| Local                            | Data           | Assinatura do titular |

## Exclusivo da Geap

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Local Data Assinatura do Empregado Geap

## Exclusivo da Patrocinadora

Autorizamos a inscrição do servidor/empregado  e dos dependentes  informados neste documento.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Local Data

| AUTORIZADOR          |           |
|----------------------|-----------|
|                      |           |
| Assinatura e Carimbo | Matrícula |

**ANEXO I**  
**AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO EM CONTA CORRENTE**

NOME BENEFICIÁRIO: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

1. Autorizo o estabelecimento bancário abaixo especificado a debitar, mensalmente, em minha conta corrente, o valor para quitar o título em favor da Geap Autogestão em Saúde.
2. Comprometo-me, desde já, a manter saldo suficiente para o referido débito, ficando o banco isento de qualquer responsabilidade decorrente da não liquidação do compromisso por insuficiência de provisão na data indicada pela Geap Autogestão em Saúde.
3. Estou ciente que para ativação do serviço de Débito Automático deverei entrar em contato com meu banco pelos meios de contato por ele definidos para aceitar o pedido de autorização que será emitido pela Geap em até cinco dias úteis.
4. Estou ciente de que, caso não conste no título a expressão "DÉBITO EM CONTA - NÃO RECEBER NO CAIXA", esta deverá ser quitada diretamente junto a uma agência autorizada ao seu recebimento.
5. Qualquer alteração ou inclusão de dados deverá ser participada por mim com antecedência mínima de 30 dias.
6. A Geap Autogestão em Saúde se reserva o direito de, a qualquer tempo, cancelar a presente prestação de serviço, mediante comunicação.

Banco: Nº \_\_\_\_\_, Agência: \_\_\_\_\_ DV: \_\_\_\_\_, Nº da conta: \_\_\_\_\_ DV: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Local

Data

\_\_\_\_\_ Assinatura do beneficiário

## ANEXO II

### DECLARAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO DOS DADOS PESSOAIS E PESSOAIS SENSÍVEIS – DEPENDENTES E BENEFICIÁRIOS DO GRUPO FAMILIAR MENORES DE 18 (DEZOITO) ANOS

1. Eu, \_\_\_\_\_,  
nacionalidade: \_\_\_\_\_, estado civil: \_\_\_\_\_,  
filiação: \_\_\_\_\_, profissão: \_\_\_\_\_,  
portador(a) da Cédula de Identidade RG nº.: \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_,  
genitor(a) ou tutor(a) autorizo a GEAP AUTOGESTÃO EM SAÚDE a realizar tratamento dos dados pessoais e pessoais sensíveis do(a) menor \_\_\_\_\_,  
em razão do objeto do termo de adesão, sendo condição para a prestação de assistência a saúde suplementar, conforme determina a Lei nº. 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

2. É assegurado ao genitor(a) ou tutor(a) responsável legal do dado pessoal e pessoal sensível do(a) menor, mediante requisição, a qualquer momento obter informações e formular requerimentos específicos por meio da Central Nacional de Teleatendimento: 0800 728 8300, ou presencialmente nos balcões de atendimento das Gerências Regionais e Gerência do Distrito Federal.

3. Sendo a expressão da verdade, responsabilizo-me civil e criminalmente pela fidedignidade desta declaração.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Local e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Genitor(a) ou Tutor(a)

**Obs1.: Se necessário, emitir outro(s) formulário(s) para complementar a lista de Dependentes ou beneficiários do Grupo Familiar menores de 18 (dezoito) anos.**

## ANEXO III TERMO DE RESPONSABILIDADE FINANCEIRA (GRUPO FAMILIAR)

1. Eu, \_\_\_\_\_,  
nacionalidade: \_\_\_\_\_, estado civil: \_\_\_\_\_,  
filiação: \_\_\_\_\_, profissão: \_\_\_\_\_,  
portador(a) da Cédula de Identidade RG nº: \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_,  
assumo o compromisso junto a GEAP AUTOGESTÃO EM SAÚDE de pagar as contribuições e coparticipações referentes ao plano ao qual estou inscrito(a), ou está inscrito(a) o(a) menor ou incapaz do qual sou responsável, tendo ciência que o não pagamento das contribuições mensais e coparticipações poderá acarretar no cancelamento da minha inscrição ou do(a) menor ou incapaz do qual sou responsável, bem como a inclusão do meu CPF no cadastro do SERASA.

2. Tenho ciência que em caso de exclusão do beneficiário titular, por quaisquer motivos, serei mantido(a), ou será mantido(a) o(a) menor ou incapaz do qual sou responsável, automaticamente no plano ao qual estou, ou está o(a) menor ou incapaz, vinculado, salvo minha manifestação em contrário à GEAP.

3. Tenho ciência que deverei manter os meus dados cadastrais, ou do(a) menor ou incapaz do qual sou responsável, sempre atualizados junto a GEAP Autogestão em Saúde.

4. Sendo a expressão da verdade, responsabilizo-me civil e criminalmente pela fidedignidade desta declaração.

\_\_\_\_\_, (\_\_\_\_\_) de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Local e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável financeiro

**Obs1.: Se necessário, emitir outro(s) formulário(s) para complementar a lista de beneficiários do Grupo Familiar, desvinculados financeiramente do(a) titular.**



## ANEXO IV CARTA DE ORIENTAÇÃO

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 do FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

### **O QUE É O FORMULÁRIO DE 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 de 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 dessa 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 ESSA DOENÇA OU LESÃO.

### **AO DECLARAR DOENÇA E/OU LESÃO DE QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:**

A operadora NÃO poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isso 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, endoscopia etc.\*) EXCLUSIVAMENTE relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses da assinatura contratual; após esse período, a cobertura passará a ser integral, de acordo com o plano contratado.
- NÃO haverá restrições 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 estabelecidos no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação no Formulário de Declaração de Saúde por parte da operadora para essa doença ou lesão.

## AO NÃO DECLARAR DOENÇA E/OU LESÃO DE QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, nesse 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 à doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isso ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

**ATENÇÃO!** Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isso não significa que dará cobertura assistencial para doença ou lesão 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 o Formulário de 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](http://www.ans.gov.br) - **Perfil Beneficiário**.

Em caso de dúvida, entre em contato com a ANS pelo telefone **0800-701-9656** ou consulte a página da ANS - [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) - **Perfil Beneficiário**.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Local**                      **Data**

\_\_\_\_\_  
**\*\*Assinatura Beneficiário**  
**(igual à do documento apresentado)**

\_\_\_\_\_  
**CPF:**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Local**                      **Data**

\_\_\_\_\_  
**Intermediário entre a**  
**operadora e o beneficiário**

\_\_\_\_\_  
**CPF:**

\*\* Beneficiário se refere à pessoa que utilizará o plano de saúde. Nos casos de menor de idade e/ou incapaz, preencher os dados com nome e assinatura do responsável legal.

\*\*\* Intermediário é o responsável pela orientação de preenchimento deste formulário, podendo ser o vendedor, o responsável pela empresa ou o médico.

## FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE SAÚDE

### INSTRUÇÕES GERAIS:

**1. O objetivo da Declaração de Saúde é registrar as informações sobre as doenças ou lesões que o (a) Sr(a.) saiba ser portador(a) ou sofredor(a), e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação ou adesão contratual, em relação a si mesmo ou a qualquer de seus dependentes.**

**2. A Declaração de Saúde deve ser devidamente preenchida, datada e assinada pelo beneficiário ou seu representante legal, no caso de beneficiário menor de 18 anos ou incapaz. Todas as páginas da declaração de saúde devem ser rubricadas.**

3. O (A) Sr(a.) tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico indicado pela GEAP, sem qualquer ônus, ou pode optar por um profissional de sua livre escolha, desde que assuma o ônus financeiro.

4. Para fins da legislação vigente, em cumprimento ao que determina os incisos I e II. Do art. 10, da RN nº 162 de 17/10/2007, considera-se:

- **Cobertura Parcial Temporária (CPT)**, aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado 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 às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

- **Agravo**; 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 doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

5. Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, o(a) Sr(a.) ficará em Cobertura Parcial Temporária (CPT) por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano de saúde. Neste período, haverá a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas

6. Nenhuma cobertura poderá ser negada ao (a.) Sr(a.) para doenças ou lesões preexistentes não declaradas até a publicação pela ANS de decisão favorável à operadora, ou seja, confirmando que o (a) Sr(a.) omitiu a(s) doença(s) ou lesão(ões) no preenchimento desta declaração. Também não haverá suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação pelo órgão regulador de decisão confirmando a omissão de doença ou lesão preexistente no preenchimento desta declaração.

7. Após julgamento, e acolhida a alegação da GEAP, pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela GEAP, bem como será excluído do plano.

8. Todas as páginas deverão ser rubricadas.

9. Para cada doença ou lesão listada abaixo, o (a) Sr(a) deverá assinalar **NÃO**, caso esteja ciente de que não é portador (a) de tal condição, ou **SIM** caso esteja ciente de que é portador (a) dessa condição. Para todas as respostas **SIM**, o (a) SR(a.) deverá especificar a condição de que é portador.

Os campos abaixo são de preenchimento obrigatório e **não poderão ser rasurados**.

|   |  |  |
|---|--|--|
| Nome do beneficiário:   |  |  |
| Data de Nascimento:        /        /   | Vínculo: ( ) titular ( ) dependente ( ) grupo familiar   |  |
| Peso (kg):  | Altura:  |  |
| <b>Preenchimento pelo pretense beneficiário respondendo “SIM” para as respostas afirmativas e “NAO” para as respostas negativas</b> |  |  |
| Item  | Informe se é portador ou se já sofreu de:  |  |
| 1   | Doenças do aparelho cardiocirculatório como: Infarto, Pressão alta, Cirurgia cardíaca, Uso de Marca Passo, Outras. |  |
| 2   | Doenças endócrinas e metabólicas como: Diabetes, Obesidade, Hepatite B/C, Outras.                                  |  |
| 3   | Doenças do sangue, imunológicas e do colágeno ou autoimunes como: AIDS, Lúpus, Artrite reumatoide, Outras.         |  |

|    |  |  |
|----|--|--|
| 4  | Doenças do sistema nervoso e cerebrovasculares como: Parkinson, Alzheimer, Epilepsia, Outras.  |  |
| 5  | Doenças crônicas do aparelho respiratório e/ou doenças do ouvido, do nariz e da garganta como: Asma, Bronquite, Desvio de septo, Outras. |  |
| 6  | Doenças ortopédicas como: Artrose, Hérnia de disco, Deformidade óssea, Outras.   |  |
| 7  | Doenças ou tumorações malignas como: Mieloma múltiplo, qualquer outro tipo de câncer.  |  |
| 8  | Doenças do aparelho urinário e do aparelho reprodutor mas ou fem como: Cálculo renal, Doenças da próstata, Rin transplantado, Outras.    |  |
| 9  | Doença dos olhos como: Miopia, Astigmatismo, Catarata, Glaucoma, Outros.   |  |
| 10 | Doença ocupacional adquirida no exercício da profissão, sequela decorrente de Acidente de Trabalho, LER, DORT, Outros.                   |  |
| 11 | Alterações da mandíbula, Alterações na arcada dentária, Outras   |  |
| 12 | Qualquer outra doença que não se relacione ou não se encontre descrita nos Itens anteriores ou que tenha gerado ou não internação.       |  |

## Quadro II – Esclarecimentos Complementares

Caso a resposta para algumas das questões anteriores tenha sido “S” ou qualquer outra doença que não se encontre listada no Quadro I, para qualquer um dos proponentes, especifique a razão dela (data, tratamento, quadro atual e tudo mais que julgar importante para avaliação de sua saúde).

| Item | Data do evento | Esclarecimentos |
|------|----------------|-----------------|
|      |                |                 |
|      |                |                 |
|      |                |                 |
|      |                |                 |
|      |                |                 |

