

Planos de Abrangência Nacional		
() GEAP SAÚDE II Registro ANS: 458004084	() GEAP REFERÊNCIA Registro ANS: 455830078	() GEAP ESSENCIAL Registro ANS: 455835079
() GEAP SAÚDE VIDA Registro ANS: 473881151	() GEAP REFERÊNCIA VIDA Registro ANS: 473880152	() GEAP CLÁSSICO Registro ANS: 456093071
() GEAP FAMÍLIA (Grupo Familiar do plano GEAP SAÚDE II) Registro ANS: 434233000		
Planos de Abrangência Estadual		
() GEAP Para Você [] Informe o Estado. (AM, DF, ES, GO, MG, MS, MT, PA, PB, PE, PR, RJ, RS, SC).		

1. TITULAR

Eu, _____, CPF: _____,		
RG: _____, Órgão expedidor: _____, Data da emissão: ____/____/____,		
Nome da Mãe: _____		
Endereço: _____		
Cidade: _____, Estado(UF): _____, CEP: _____, Telefone(fixo): ____/____		
Telefone(celular): ____/____, E-mail: _____.		
Banco: _____ Agência: _____ Nº da conta: _____, Corrente <input type="checkbox"/> Poupança <input type="checkbox"/>		
Solicito à Geap Autogestão em Saúde o <input type="checkbox"/> retorno <input type="checkbox"/> migração ao Plano _____,		
do(s) Beneficiário(s): <input type="checkbox"/> Titular e/ou <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Beneficiário(a) Familiar, conforme relacionado abaixo e estando ciente das regras específicas da condição de retorno/migração que se enquadrar(em).		
Lotação:	Cargo:	Matrícula:
Vínculo com sindicato: () Sim () Não		Nome do Sindicato:

*Nos casos de retorno (reingresso e regularização), favor, preencher o quadro abaixo:

Estou de acordo com o disposto nos incisos I e XV do subitem 5.1 do item 5 deste termo:		
_____	____/____/____	_____
Local	Data	Assinatura do(a) titular

2. DEPENDENTES/GRUPO FAMILIAR

Nome:		
CPF:		
RG:	Órgão expedidor:	Data da emissão:

Nome da Mãe:		
Endereço:	Cidade:	
Estado(UF):	CEP:	
Telefone(fixo):	Telefone(celular):	
E-mail:		
Retorno/migração na condição de: <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Grupo familiar		
Movimentação*: <input type="checkbox"/> Reingresso <input type="checkbox"/> Regularização <input type="checkbox"/> Migração		
**Mesmo plano do titular? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, se negativo informe o plano: _____		
Titular responsável financeiro por este beneficiário familiar (*): () Sim () Não		
*Nos casos de retorno (reingresso e regularização), favor, preencher o quadro abaixo:		
Estou de acordo com o disposto nos incisos I e XV do subitem 5.1 do item 5 deste termo: Obs.: Se o(a) dependente ou o(a) Beneficiário(a) do Grupo Familiar for menor de 18 (dezoito) anos, é necessário o preenchimento da Declaração constante no Anexo II, pelo genitor(a) ou tutor(a) do(a) menor.		
_____	____/____/____	_____
Local	Data	Assinatura do(a) Dependente ou Beneficiário(a) do Grupo Familiar

* Verificar as condições de retorno no item 4 deste formulário e nos casos de migração observar o disposto nos regulamentos dos planos e/ou convênio ao qual o beneficiário estiver vinculado.

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

Nome:		
CPF:		
RG:	Órgão expedidor:	Data da emissão:
Nome da Mãe:		
Endereço:	Cidade:	
Estado(UF):	CEP:	
Telefone(fixo):	Telefone(celular):	

E-mail:		
Retorno/migração na condição de: <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Grupo familiar		
Movimentação*: <input type="checkbox"/> Reingresso <input type="checkbox"/> Regularização <input type="checkbox"/> Migração		
**Mesmo plano do titular? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, se negativo informe o plano: _____		
Titular responsável financeiro por este beneficiário familiar (*): () Sim () Não		
*Nos casos de retorno (reingresso e regularização), favor, preencher o quadro abaixo:		
Estou de acordo com o disposto nos incisos I e XV do subitem 5.1 do item 5 deste termo: Obs.: Se o(a) dependente ou o(a) Beneficiário(a) do Grupo Familiar for menor de 18 (dezoito) anos, é necessário o preenchimento da Declaração constante no Anexo II, pelo genitor(a) ou tutor(a) do(a) menor.		
_____	____/____/____	_____
Local	Data	Assinatura do(a) Dependente ou Beneficiário(a) do Grupo Familiar

*** Verificar as condições de retorno no item 4 deste formulário e nos casos de migração observar o disposto nos regulamentos dos planos e/ou convênio ao qual o beneficiário estiver vinculado.**

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

Nome:		
CPF:		
RG:	Órgão expedidor:	Data da emissão:
Nome da Mãe:		
Endereço:	Cidade:	
Estado(UF):	CEP:	
Telefone(fixo):	Telefone(celular):	
E-mail:		
Retorno/migração na condição de: <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Grupo familiar		
Movimentação*: <input type="checkbox"/> Reingresso <input type="checkbox"/> Regularização <input type="checkbox"/> Migração		

**Mesmo plano do titular? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, se negativo informe o plano: _____		
Titular responsável financeiro por este beneficiário familiar (*): () Sim () Não		
*Nos casos de retorno (reingresso e regularização), favor, preencher o quadro abaixo:		
Estou de acordo com o disposto nos incisos I e XV do subitem 5.1 do item 5 deste termo:		
Obs.: Se o(a) dependente ou o(a) Beneficiário(a) do Grupo Familiar for menor de 18 (dezoito) anos, é necessário o preenchimento da Declaração constante no Anexo II, pelo genitor(a) ou tutor(a) do(a) menor.		
_____	____/____/____	_____
Local	Data	Assinatura do(a) Dependente ou Beneficiário(a) do Grupo Familiar

*** Verificar as condições de retorno no item 4 deste formulário e nos casos de migração observar o disposto nos regulamentos dos planos e/ou convênio ao qual o beneficiário estiver vinculado.**

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

Nome:		
CPF:		
RG:	Órgão expedidor:	Data da emissão:
Nome da Mãe:		
Endereço:	Cidade:	
Estado(UF):	CEP:	
Telefone(fixo):	Telefone(celular):	
E-mail:		
Retorno/migração na condição de: <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Grupo familiar		
Movimentação*: <input type="checkbox"/> Reingresso <input type="checkbox"/> Regularização <input type="checkbox"/> Migração		
**Mesmo plano do titular? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, se negativo informe o plano: _____		
Titular responsável financeiro por este beneficiário familiar (*): () Sim () Não		

***Nos casos de retorno (reingresso e regularização), favor, preencher o quadro abaixo:**

Estou de acordo com o disposto nos incisos I e XV do subitem 5.1 do item 5 deste termo:

Obs.: Se o(a) dependente ou o(a) Beneficiário(a) do Grupo Familiar for menor de 18 (dezoito) anos, é necessário o preenchimento da Declaração constante no Anexo II, pelo genitor(a) ou tutor(a) do(a) menor.

_____	____/____/____	_____
Local	Data	Assinatura do(a) Dependente ou Beneficiário(a) do Grupo Familiar

*** Verificar as condições de retorno no item 4 deste formulário e nos casos de migração observar o disposto nos regulamentos dos planos e/ou convênio ao qual o beneficiário estiver vinculado.**

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

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

3. RETORNO AO PLANO POR MEIO DE PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS – RN/ANS Nº 438/2018.

Estou ciente de que para o retorno da inscrição 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 seguintes documentos à Geap:

I. Comprovante de pagamento das três últimas mensalidades ou das três últimas faturas, se for plano na modalidade de pós pagamento, ou declaração da operadora do plano de origem ou do contratante informando que o beneficiário está em dia com as mensalidades;

II. Relatório de compatibilidade entre os planos de origem e destino ou nº de protocolo, ambos emitidos pelo guia ANS de planos de saúde;

III. Comprovante de que está apto para ingressar no plano (vínculo com a Pessoa Jurídica contratante).

IV. Comprovante de prazo de permanência*: declaração da operadora do plano de origem ou proposta de adesão assinada ou contrato assinado;

* Na primeira portabilidade de carências, no mínimo 2 (dois) anos no plano de origem ou no mínimo 3 (três) anos na hipótese de o beneficiário ter cumprido cobertura parcial temporária, na segunda em diante será exigido no mínimo 1 (um) ano.

4. CONDIÇÕES DE RETORNO.

Condição de Retorno do titular:	Resumo
<input type="checkbox"/> REINGRESSO	<p>1- O retorno por meio de reingresso poderá ser solicitado a qualquer tempo, devendo ser observadas as regras/requisitos dispostos nos regulamentos dos planos.</p> <p>2- Não poderão reingressar no plano:</p> <p>I. O beneficiário cuja inscrição tenha sido cancelada por uso indevido;</p> <p>II. O Titular que tenha sido demitido ou cujo contrato de trabalho tiver sido rescindido por justa causa.</p> <p>3- Considera-se reingresso o retorno do beneficiário ao plano, desde que não esteja enquadrado ou não opte pela situação de REGULARIZAÇÃO, observando-se também o disposto nos itens 1 e 2 acima.</p> <p>4- Os REINGRESSOS serão precedidos do cumprimento de novos períodos de carências, conforme o disposto no regulamento do plano.</p> <p>5- Tendo havido utilização dos serviços por parte dos beneficiários durante o período em que estiveram cancelados, o uso será considerado indevido sendo seu valor cobrado integralmente.</p> <p>6- No reingresso é obrigatório o preenchimento da declaração de saúde para avaliação de possível aplicação de Cobertura Parcial Temporária.</p>
<input type="checkbox"/> REGULARIZAÇÃO	<p>1- Considera-se regularização, o retorno do(s) beneficiário(s) ao plano no prazo máximo de 60 (sessenta) dias do cancelamento, desde que quite as obrigações vencidas e não pagas, inclusive referentes ao período em que permaneceu cancelado, contribuições mensais, bem como os per capita vencidos.</p> <p>2- É garantido o retorno nas mesmas condições em que se encontrava na ocasião da exclusão, devendo ser observadas as regras/requisitos dispostos nos regulamentos dos planos.</p> <p>3- Não será permitida a REGULARIZAÇÃO da inscrição após o prazo de 60 dias do cancelamento, nem o pagamento das competências às quais o (s) beneficiário (s) permaneceram sem direito de uso, enquadrando-se, no caso, na situação de REINGRESSO.</p>

5. TERMO DE RESPONSABILIDADE

5.1. 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 Teleatendimento: 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 Nº 279/2011;

IV- O cancelamento da inscrição a pedido do titular será realizado após a apresentação de formulário específico de cancelamento voluntário, conforme modelo da GEAP, entregue à Unidade de Recursos Humanos do órgão ou entidade a que estiver vinculado;

a) O titular copatrocinado dos planos da Geap, deverá apresentar o formulário específico de cancelamento voluntario assinado pela unidade de recursos humanos do órgão ou entidade a que estiver vinculado ou que estiver em exercício.

b) O titular autopatrociando dos planos da Geap, deverá apresentar o formulário específico de cancelamento voluntario assinado na Gerência Estadual da Geap Autogestão em Saúde mais próxima.

V- 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.

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

VII- Tenho ciência de que a migração ora requerida, somente será efetivada para fins de direito, inclusive de carência, quando apresentada este termo na Gerência Estadual e Gerência do Distrito Federal da Geap, nos prazos definidos no Convênio por Adesão celebrado entre a Geap e a Patrocinadora/Conveniada;

VIII- Tenho conhecimento de que em caso de ocorrer a necessidade de resolver quaisquer pendência (s) em relação ao plano ou elucidar quaisquer dúvida(s), deverei me reportar diretamente à Gerência Estadual mais próxima ou ainda, por meio da Central de Atendimento da GEAP, no número 0800 72 88300, exceto na situação expressa no item III;

IX- Estou ciente de que o presente Termo de Compromisso não me exime do cumprimento das cláusulas, aqui não expressas e contidas no “Termo de Adesão” ao plano de origem, assinado por mim e a Geap Autogestão em Saúde;

X- Tenho conhecimento que ao migrar de plano as coberturas assistenciais sofrerão alterações, observando o regulamento do plano escolhido, e que perderei o direito aos Programas de Gerenciamento Crônicos – PGC, Programa de Internação Domiciliar, Programa de Medicação Domiciliar, Programa de Oxigenoterapia Domiciliar e o Programa de Fisioterapia Domiciliar, caso estes programas não conste no plano escolhido.

XI- Manterei o meu endereço e de meus Dependentes e Beneficiários do Grupo Familiar sempre atualizados junto a GEAP Autogestão em Saúde;

- XII-** Tenho conhecimento de que ao migrar para outro plano ofertado pela GEAP, não serei isentado da cobrança de eventuais débitos financeiros oriundos do plano anterior;
- XIII-** Estou ciente sobre as regras de carência quando Regularização ou Reingresso e que maiores informações podem ser consultadas junto ao SAC 0800 728 8300, ou através da Gerência Estadual ou Gerência do Distrito Federal da GEAP.
- XIV-** Para o plano GEAP Família o(a) beneficiário(a) deverá pagar a primeira contribuição no ato de assinatura do termo de retorno/migração, pro rata temporis pelos dias de cobertura no referido mês;
- XV-** Tenho conhecimento de que ao retornar/migrar de plano, estou aderindo à 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 qual quer outra forma de custeio.
- XVI-** 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;
- XVII-** 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.
- XVIII-** Estou ciente da exigência do preenchimento do formulário de Declaração de Saúde conforme anexo II, caso não tenha preenchido o documento quando da minha adesão, dos meus dependentes e grupo familiar.
- XIX-** Estou ciente que caso não tenha cumprido o período de carência exigido para Doenças e Lesões Pré-existentes (DLP) declaradas no plano de origem e opte por migrar para outro plano da GEAP, haverá o aproveitamento do período de permanência no plano anterior, para fins de contabilização do prazo estabelecido para Cobertura Parcial Temporária (CPT), conforme definido nos regulamentos dos planos.

Exclusivo Beneficiário

_____ / ____ / ____
Local Data Assinatura do titular

Exclusivo da patrocinadora

Autorizamos à Geap Autogestão em Saúde a proceder com retorno/migração do Servidor/Empregado e do(s) Dependentes e/ou Grupo Familiar informados no presente Termo de Compromisso.

Em se tratando de REGULARIZAÇÃO em virtude da suspensão do pagamento da contribuição mensal do(s) per capita(s) no(s) mês(es) de ____/____, ____/____ em que o(a) servidor/empregado(a) e seu(s) dependentes esteve/estiveram cancelados no plano, autorizo a Geap Autogestão em Saúde a incluir na próxima fatura o(s) valor(es) referente(s) ao(s) per capita(s) citado(s).

AUTORIZADOR

AUTORIZADOR	
Assinatura e Carimbo	Matrícula

Exclusivo da Geap

_____ / ____ / ____
Local Data Assinatura do Empregado Geap

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. Qualquer alteração ou inclusão de dados deverá ser participada por mim com antecedência mínima de 30 dias.
5. A GEAP Autogestão em Saúde se reserva o direito de, a qualquer tempo, cancelar a presente prestação de serviço, mediante comunicação.

Banco: N° _____, Agência: _____ DV: _____, N° 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 OU INCAPAZ

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 - **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 - **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 assumo 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:	
Preenchimento pelo pretense beneficiário respondendo “SIM” para as respostas afirmativas e “NAO” para as respostas negativas		
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

OPCIONAL

Campo de uso EXCLUSIVO para os casos de preenchimento da Declaração de Saúde com acompanhamento Médico.	
<p>Declaração de Saúde preenchida com acompanhamento médico credenciado da GEAP</p> <p>_____</p> <p>Assinatura do médico orientador, com carimbo e CRM</p>	<p>Declaração de Saúde preenchida com acompanhamento médico particular custeada pelo beneficiário.</p> <p>_____</p> <p>Assinatura do médico orientador, com carimbo e CRM</p>

Dispensar a orientação médica que me foi oferecida para o preenchimento da declaração de saúde e assumir total responsabilidade pelas informações por mim prestadas nesta declaração.

Declaro que as informações acima são a expressão da verdade, podendo a GEAP considerá-las para análise, aceitação e manutenção das coberturas. Declaro, ainda, que estou ciente de que a omissão de informações sobre a existência de Doenças ou Lesões Preexistentes das quais saiba ser portador(a) no momento do preenchimento desta Declaração de Saúde, desde que tal omissão seja comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou cancelamento do contrato. Neste caso, serei responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da GEAP alegando a existência de Doença ou Lesão Preexistente não declarada.

Autorizo que médicos, clínicas ou quaisquer entidades públicas ou privadas prestem aos médicos desta operadora informações sobre meu estado de saúde e de meus dependentes e grupo familiar - agregado, bem como as moléstias das quais tenhamos, porventura, sofrido e o resultado de exames, isentando-os, desde já, de qualquer responsabilidade que implique ofensa ou sigilo profissional.

_____, ____/____/____
Local Data

Assinatura do beneficiário ou responsável legal