

Planos de Abrangência Nacional

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> <b>GEAPSAÚDE II</b><br>Registro ANS: 458004084    | <input type="radio"/> <b>GEAP-REFERÊNCIA</b><br>Registro ANS: 455830078      |
| <input type="radio"/> <b>GEAP SAÚDE VIDA</b><br>Registro ANS: 473881151 | <input type="radio"/> <b>GEAP REFERÊNCIA VIDA</b><br>Registro ANS: 473880152 |
| <input type="radio"/> <b>GEAPESSENCIAL</b><br>Registro ANS: 455835079   | <input type="radio"/> <b>GEAPCLÁSSICO</b><br>Registro ANS: 456093071         |

Planos de Abrangência Grupo de Municípios

- |   |
|---|
| <input type="radio"/> <b>GEAP Basic I [ ] Informe o Estado.</b><br><b>(MG, PA, PB, PE, RJ, RN, SP)</b>              |
| <input type="radio"/> <b>GEAP Basic II [ ] Informe o Estado.</b><br><b>(BA, CE, PI)</b>                             |
| <input type="radio"/> <b>GEAP Class II [ ] Informe o Estado.</b><br><b>(BA, CE, PA, PB, PE, RJ, RN, SP, MG, PI)</b> |

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 as regras de portabilidade dispostas nos regulamentos dos planos.

Nome  Data de Nascimento:

Filiação 1:

Filiação 2:

RG:  Órgão Expedidor:  Data de Emissão:

CPF:  Sexo:  Masculino  Feminino Estado Civil:

Endereço:

Bairro:  Cidade:  UF:  CEP:

Celular  Tel. Com.:  Tel. Res.:

E-mail Pessoal:

Possui deficiência?  Sim  Não Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s):  
 deficiência visual  deficiência auditiva  deficiência de locomoção/motora  deficiência intelectual  outros

Autoriza o envio de SMS Marketing?  Sim  Não Autoriza o envio de E-mail Marketing?  Sim  Não

1.1 DADOS FINANCEIROS

Banco:  Agência:  Nº Conta Corrente:

2. DADOS FUNCIONAIS DO TITULAR

Patrocinadora/Conveniada:  Matrícula:

Data de Admissão:  Cargo:

Situação:

TEMPORÁRIO  LICENÇA SEM VENCIMENTOS  OUTROS - QUAL?

Remuneração:

Ref. Mês/Ano:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Vínculo com sindicato:

Nome do sindicato:

Sim  Não \_\_\_\_\_

### 3. ADESÃO

**3.1** Solicito minha adesão como titular em razão do Convênio por Adesão celebrado entre a Geap Autogestão em Saúde e o patrocinador \_\_\_\_\_, assim como a inscrição do (s) dependente (s) e grupo familiar, se houver, respectivamente, para o plano escolhido e, conseqüentemente, me comprometo a pagar a contribuição mensal, o per capita e as coparticipações do meu plano e dos meus dependentes. No tocante aos beneficiários do grupo familiar menores de 18 (dezoito) anos e/ou incapazes, dos quais sou responsável financeiro, nos termos do regulamento do plano e do Convênio por Adesão ao qual estou vinculado, me comprometo a pagar a contribuição mensal e as coparticipações.

### 4. TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

**I** - Confirmando a leitura e estou de acordo com todo o disposto no Estatuto da Geap Autogestão em Saúde, o regulamento do plano ao qual estou aderindo, a relação da rede prestadora de serviços vinculada ao meu plano, o manual de orientação para contratação de plano de saúde - MPS e o guia de leitura contratual - GLC, que estão disponíveis no endereço eletrônico da Geap: [www.geap.com.br](http://www.geap.com.br), bem como de todo o teor do Convênio por Adesão ao qual sou vinculado disponibilizado por meio do meu patrocinador;

**II** - 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;

**III** - 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, observado o disposto no regulamento do plano ao qual estou aderindo e Convênio por Adesão ao qual estou vinculado;

**IV** - 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 disposto no regulamento do plano ao qual estou aderindo e Convênio por Adesão ao qual estou vinculado;

**V** - 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;

**VI** - Tenho conhecimento que caso inclua dependente e/ou beneficiário do grupo familiar, sendo esse último menor de 18 (dezoito) anos e/ou incapaz, deverão ser preenchidos documentos específicos (termo de adesão - dependente e/ou termo de adesão - grupo familiar), disponibilizados no site da Geap: [www.geap.com.br](http://www.geap.com.br), com a minha assinatura em campo prefixado nos respectivos termos;

**VII** - Tenho conhecimento que caso inclua dependente menor de 18 (dezoito) anos e/ou incapaz será necessário o preenchimento e minha assinatura no anexo II do termo de adesão - dependente. Em se tratando de beneficiário do grupo familiar menor de 18 (dezoito) anos e/ou incapaz o preenchimento e assinatura do anexo II do termo de adesão - grupo familiar ficará a cargo do(a) genitor(a), tutor(a) ou curador(a) do menor e/ou incapaz.

Exclusivo do beneficiário

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Local

Data

Assinatura do titular

## ANEXO I 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\*\*\***

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

Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura: \_\_\_\_\_

\*\* 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:

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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
- 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.
- 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.
- Todas as páginas deverão ser rubricadas.
- 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:

Data de Nascimento:

Vínculo:

Titular

Dependente

Grupo Familiar

Peso (kg):

Altura:

#### Preenchimento pelo pretenso beneficiário respondendo "SIM" para as respostas afirmativas e "NÃO" para as respostas negativas

<b>1</b>	Doenças do aparelho cardiocirculatório como: Infarto, Pressão alta, Cirurgia cardíaca, Uso de Marca Passo, Outras.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
<b>2</b>	Doenças endócrinas e metabólicas como: Diabetes, Obesidade, Hepatite B/C, Outras.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
<b>3</b>	Doenças do sangue, imunológicas e do colágeno ou autoimunes como: AIDS, Lúpus, Artrite reumatoide, Outras.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
<b>4</b>	Doenças do sistema nervoso e cerebrovasculares como: Parkinson, Alzheimer, Epilepsia, Outras.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

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

**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

**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><b>Assinatura do médico orientador, com carimbo e CRM</b></p>	<p>Declaração de Saúde preenchida com acompanhamento médico particular custeada pelo beneficiário.</p> <p>_____</p> <p><b>Assinatura do médico orientador, com carimbo e CRM</b></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**