

### 1. DADOS DO PLANO

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

Nome do Plano:

**Adesão/Reingresso com portabilidade de carências**  Não  Sim, observar o disposto nos regulamentos dos planos.

### 2. DADOS DO TITULAR

**Adesão condicionada ao vínculo com o(a) titular ativo:**

Nome do titular:

CPF do titular:

### 3. DADOS DO AGREGADO

Nome:

Nome Social:

CPF:

Sexo:

Estado Civil:

Masculino

Feminino

Data de Nascimento:

Grau de Parentesco:

Filiação 1:

Filiação 2:

Cor / Raça:

Amarela

Branca

Indígena

Parda

Preta

CNS:

RG/CNH:

Órgão Expedidor:

Data de Emissão:

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

Não

Deficiência visual

Deficiência auditiva

Deficiência física

Deficiência intelectual

Deficiência psicossocial

Endereço:

CEP:

Bairro:

Cidade:

UF:

DDD + Celular Pessoal:

DDD + Celular Alternativo:

DDD + Tel. Res.:

DDD + Tel. Com.:

E-mail Pessoal:

Autoriza o envio de SMS marketing?

Sim

Não

Autoriza o envio de e-mail marketing?

Sim

Não

### 4. DADOS FINANCEIROS

Nome do banco:

Agência:

Dv Agência:

Nº Conta:

Dv Conta:

Tipo de conta:

Poupança

Corrente

\*Os dados financeiros devem ser do próprio beneficiário maior de idade.

5. TERMO DE RESPONSABILIDADE

**5.1** 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.org.br](http://www.geap.org.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 formulário 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 Unidades Administrativas;

**III** - Se o(a) beneficiário(a) do grupo familiar for menor de 18 (dezoito) anos e/ou incapaz, tenho ciência que será necessário o preenchimento da Declaração constante no Anexo II, pelo genitor(a), tutor(a) ou curador(a) do(a) menor e/ou incapaz;

**IV** - Tenho ciência que, assumo o compromisso junto à 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 e/ou incapaz do qual sou responsável, tendo o conhecimento que o não pagamento das contribuições mensais e coparticipações poderá acarretar no cancelamento da minha inscrição ou do(a) menor e/ou incapaz do qual o titular é responsável, bem como a inclusão do CPF no cadastro do Serasa;

**V** - Tenho ciência que em caso de exclusão do(a) beneficiário(a) titular, por quaisquer motivos, serei mantido(a) no plano observadas as regras do regulamento do plano ao qual estou vinculado.

**VI** - Para o plano GEAP Família o (a) beneficiário(a) deverá pagar a primeira contribuição no ato da assinatura do termo de adesão, proporcional aos dias de cobertura no referido mês.

Exclusivo do(a) beneficiário(a)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Local Data Assinatura do(a) beneficiário(a) / responsável legal ou titular quando se tratar de beneficiário(a) menor de 18 (dezoito) anos.

Exclusivo da Geap

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Local Data Assinatura do(a) Empregado(a) Geap

## 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/o 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/Nome Social:

Data de Nascimento:

Peso (kg):

Altura:

#### Preenchimento pelo pretense beneficiário marque as respostas afirmativas.

1	Doenças do aparelho cardiocirculatório como: infarto, pressão alta, cirurgia cardíaca, uso de marca passo, outras.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
2	Doenças endócrinas e metabólicas como: diabetes, obesidade, Hepatite B/C, outras.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
3	Doenças do sangue, imunológicas e do colágeno ou autoimunes como: Aids, Lúpus, Artrite reumatoide, outras.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
4	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 próstata, Rim transplataado, 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 assumo 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**

**ANEXO II**  
**DECLARAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO DOS DADOS PESSOAIS E SENSÍVEIS -**  
**DEPENDENTES E AGREGADOS MENORES DE 18 (DEZOITO) ANOS E/OU INCAPAZES**

1. Eu,

\_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Filiação 1: \_\_\_\_\_

Filiação 2: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Portador(a) do(a) RG / CNH: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Genitor(a), tutor(a) ou curador(a) autorizo a Geap Autogestão em Saúde a realizar tratamento dos dados pessoais e pessoais sensíveis do(a) menor e/ou incapaz:

\_\_\_\_\_

em razão do objeto do formulário 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), tutor(a) ou curador(a) responsável legal do dado pessoal e pessoal sensível do(a) menor e/ou incapaz, 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 Unidades Administrativas.

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), Tutor(a) ou Curador(a)