

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.

Quando for incluir também o dependente utilizar, ainda, o formulário específico (adesão/reingresso dependente).

2. DADOS DO TITULAR

Nome: Data de Nascimento:

Nome Social:

CPF: Sexo: Masculino Feminino Estado Civil:

Nome da mãe:

Nome do pai:

Cor / Raça: Amarela Branca Indígena Parda Preta

CNS: RG/CNH: Órgão Expedidor: UF: 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

3. 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.

4. DADOS FUNCIONAIS DO TITULAR

Patrocinadora/Conveniada: Matrícula:

Data de Admissão: Cargo:

Situação: APOSENTADO ATIVO CARGO EM COMISSÃO CEDIDO PENSIONISTA REQUISITADO TEMPORÁRIO LICENÇA

Remuneração: Ref. Mês/Ano: /

Vínculo com sindicato: Sim Não Nome do sindicato:

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:

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/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

5	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
6	Doenças ortopédicas como: Artrose, Hérnia de disco, Deformidade óssea, outras.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
7	Doenças ou tumorações malignas como: Mieloma múltiplo, qualquer outro tipo de câncer.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
8	Doenças do aparelho urinário e do aparelho reprodutor mas ou fem como: Cálculo renal, Doenças da da próstata, Rim transplataado, outras.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
9	Doença dos olhos como: Miopia, Astigmatismo, Catarata, Glaucoma, outros.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
10	Doença ocupacional adquirida no exercício da profissão, sequela decorrente de Acidente de Trabalho, LER, DORT, Outros.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
11	Alterações da mandíbula, Alterações na arcada dentária, outras	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
12	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>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 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