

REGULAMENTO DO PLANO GEAP BÁSICO I

Sumário

TÍTULO I	6
CAPÍTULO ÚNICO	6
TÍTULO II.....	8
Dos Patrocinadores e Beneficiários	8
CAPÍTULO I	8
Dos Patrocinadores.....	8
CAPÍTULO II	8
Dos Beneficiários	8
TÍTULO III.....	9
Da Inscrição, Da Manutenção, Das Penalidades, Da Exclusão, Da Migração e Da Reativação	9
CAPÍTULO I	9
Da Inscrição no Plano	9
Seção I	10
Do Cartão de Identificação do Beneficiário - CIB	10
CAPÍTULO II	11
Da Manutenção no Plano	11
Seção I	11
Seção II	13
Seção III	13
Seção IV	14
CAPÍTULO III	14
Das Penalidades Pela Inadimplência	14
Seção I	15
Seção II	15
Seção III	15
Seção IV	15
Seção V	15
CAPÍTULO IV	16
Do Cancelamento	16
CAPÍTULO V	17
Da Migração	17
CAPÍTULO VI	19
Da Reativação	19

TÍTULO IV	20
Das Garantias e Exclusões de Cobertura e Das Doenças e Lesões Preexistentes	20
CAPÍTULO I	20
Das Garantias de Coberturas	20
Seção I	20
Seção II	22
Seção III	24
Seção IV	25
CAPÍTULO II	26
Das Exclusões de Cobertura	26
CAPÍTULO III	27
Das Doenças e Lesões Preexistentes - DLP	27
TÍTULO V	29
Do Acesso às Coberturas e Garantias de Remoção	29
CAPÍTULO I	29
Do Acesso às Coberturas	29
CAPÍTULO II	30
Das Garantias de Remoção	30
CAPÍTULO III	30
Da Concessão do Reembolso de Remoção	30
CAPÍTULO IV	31
Da Solicitação de Reembolso de Remoção	31
TÍTULO VI	31
Das carências, Da Portabilidade de Carências, Das Garantias de Atendimento e Remoção nos Períodos de Carência	31
CAPÍTULO I	31
Das Carências	31
CAPÍTULO II	32
Da Portabilidade de Carências	32
Seção I	34
Seção II	34
CAPÍTULO III	35
Das Garantias de Atendimento no Período de Carência	35
CAPÍTULO IV	36
Das Garantias de Remoção no Período de Carência	36
TÍTULO VII	36

Do Custeio, Contribuições e Coparticipações	36
CAPÍTULO I	36
Do Custeio	36
CAPÍTULO II	37
Das Contribuições	37
CAPÍTULO III	38
Das Coparticipações	38
TÍTULO VIII	39
Do Direito, Da Concessão, Da Solicitação e Da Coparticipação do Reembolso	39
CAPÍTULO I	39
Do Direito à solicitação de Reembolso	39
CAPÍTULO II	39
Da Concessão do Reembolso	39
CAPÍTULO III	40
Da Solicitação de Reembolso	40
CAPÍTULO IV	41
Da Coparticipação do Reembolso	41
TÍTULO IX	41
CAPÍTULO ÚNICO	41
Do Mecanismo de Regulação	41
TÍTULO X	42
CAPÍTULO ÚNICO	42
Das Disposições Finais	42
ANEXO I	43
RELAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DE ABRANGÊNCIA E DE ATUAÇÃO	43
ANEXO II	43
DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO/REATIVAÇÃO NO PLANO	43
ANEXO III	54
DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAR REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS e HOSPITALARES	54
ANEXO IV	58
TABELA DE COPARTICIPAÇÃO PELOS SERVIÇOS UTILIZADOS	58

TÍTULO I
CAPÍTULO ÚNICO
Da Finalidade e Das Definições

Seção I
Da Finalidade

Art. 1º O presente Regulamento visa normatizar o plano GEAP BASIC I SC, que tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde, prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9. 656/98, visando a assistência Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, com acomodação em enfermaria, bem como cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID-10), compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente à época do evento.

§ 1º O presente instrumento trata-se de um Regulamento que traça as diretrizes do plano privado de assistência à saúde, com características de contrato de adesão.

§ 2º O GEAP BASIC I SC é um plano coletivo empresarial, com coparticipação e segmentação assistencial ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, com acomodação em enfermaria, de abrangência geográfica denominada grupo de municípios e área de atuação, com rede de serviços específica, regido pela legislação emanada pelo Poder Público, pelo Estatuto da GEAP e por este Regulamento.

Art. 2º As alterações deste Regulamento serão objeto de proposta da Diretoria Executiva ou de membros do Conselho de Administração da GEAP, somente sendo realizadas com a aprovação deste último, nos casos previstos na legislação, observando os procedimentos definidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

§ 1º As propostas de alteração deste Regulamento obrigatoriamente serão norteadas por:

- I. parecer atuarial evidenciando os seus efeitos sobre o custeio e equilíbrio econômico-atuarial do plano; e
- II. parecer jurídico indicando a sua viabilidade e a inexistência de conflitos com a legislação pertinente.

§ 2º As alterações deste regulamento não poderão:

- I. causar desequilíbrio econômico-atuarial do plano; e
- II. conflitar com a legislação vigente e com os objetivos da GEAP.

Seção II
Das Definições

Art. 3º Para os efeitos deste Regulamento, são adotadas as seguintes definições:

- I. ACIDENTE PESSOAL: evento ocorrido em data específica, provocado por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários, e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, como: acidentes de carro, quedas e inalação de gases.

- II. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS): autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.
- III. ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E ATUAÇÃO DO PLANO: área definida neste Regulamento, dentro da qual o beneficiário poderá utilizar os serviços cobertos.
- IV. CARÊNCIA: prazo ininterrupto durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas pactuadas.
- V. CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS), 10.ª revisão.
- VI. COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL: alterações patológicas durante a gestação, como: gravidez tubária, eclâmpsia, diabetes e abortamento.
- VII. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – Consu: órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/98.
- VIII. HOSPITAL DIA: atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional.
- IX. OFF LABEL: O medicamento chamado *off label* é aquele cuja indicação do profissional assistente diverge do que consta prevista em bula. Já o material *off label* é aquele cuja indicação de profissional assistente diverge do que consta no manual de uso do material.
- X. ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE: é a lista elaborada pela ANS na qual constam os procedimentos que obrigatoriamente deverão ser cobertos pelas operadoras de planos de saúde. É aplicado aos contratos assinados a partir de janeiro de 1999, quando entrou em vigor a Lei de Planos de Saúde (Lei 9.656/98).
- XI. DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO – DUT: são critérios inerentes ao quadro clínico do paciente, predefinidos pela ANS, em que o beneficiário deverá se enquadrar para que a cobertura do procedimento seja obrigatória pela Operadora de Saúde.
- XII. COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA - CPT: 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, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.
- XIII. CLÁUSULA DE AGRAVO: acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.
- XIV. PROCEDIMENTO ELETIVO: eletivo é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência e/ou emergência e que são, geralmente, programados. Dessa forma, a Operadora deverá garantir o acesso do beneficiário à garantia de atendimento, dentro dos prazos definidos pela ANS na Resolução Normativa Nº 566/2022, conforme a cobertura assistencial e odontológica.

- XV. JUNTA MÉDICA: a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio da Resolução Normativa Nº 424/2017, estabeleceu critérios para a formação de junta médica ou odontológica para sanar divergências técnico assistencial entre indicação do médico assistente e a avaliação da operadora. Sendo assim, a junta médica será formada pelo médico solicitante, pelo profissional da operadora e pelo desempataador para dirimir o empate.
- XVI. PERÍCIA MÉDICA E/OU PERÍCIA ONLINE: perícia médica é um mecanismo de regulação, na qual consiste em uma consulta com o médico auditor, para que seja realizada a análise do pleito. O plano de saúde poderá solicitar perícia médica em algumas solicitações cirúrgicas conforme critérios definidos.
- XVII. UNIDADE ADMINISTRATIVA DA GEAP: são unidades de atendimento presenciais da GEAP aos beneficiários.

Parágrafo único. Para efeitos do disposto neste Regulamento deverão ser observadas a área de abrangência geográfica e de atuação do plano e as regras/requisitos dispostos no Convênio por Adesão ao qual o beneficiário está vinculado, bem como os normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

TÍTULO II

Dos Patrocinadores e Beneficiários

CAPÍTULO I

Dos Patrocinadores

Art. 4º Considera-se patrocinadora, além da própria GEAP Autogestão em Saúde, a pessoa jurídica que, mediante celebração do Convênio por Adesão com a GEAP, oferece o plano GEAP BASIC I SC e faculta a adesão de seus servidores ou empregados, entidades da Administração Pública Direta e Indireta de quaisquer dos Poderes da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, incluindo suas respectivas autarquias e fundações de direito público e ainda nos termos do que permitir a regulamentação setorial.

CAPÍTULO II

Dos Beneficiários

Art. 5º Somente a pessoa inscrita como beneficiário, terá direito às coberturas asseguradas pelo plano GEAP BASIC I SC.

§ 1º Para efeitos deste Regulamento, são considerados beneficiários do plano, observados os vínculos previstos em convênio:

- I. titulares;
- II. dependentes; e
- III. grupo familiar.

§ 2º Podem aderir ao plano como titulares, e as conforme condições estabelecidas no convênio:

- I. o servidor ou empregado ativo, enquanto durar o vínculo funcional ou empregatício com a patrocinadora da GEAP;
- II. o servidor ou empregado inativo, enquanto permanecer incluído na folha de pagamento da patrocinadora da GEAP;
- III. o pensionista dos servidores ou empregados de órgão ou entidade patrocinadora da GEAP, enquanto permanecer incluído na folha de pagamento;

- IV. o ocupante de cargo em comissão, sem vínculo efetivo com a patrocinadora da GEAP, enquanto permanecer no exercício do respectivo cargo;
- V. servidores temporários e cedidos;
- VI. ex-servidores ou ex-empregados, desde que observado o prazo estipulado no art. 4º da Resolução Normativa Nº 488/2022, ou outra que vier a substituí-la;
- VII. empregados, ex-empregados, administradores e ex-administradores da própria entidade de autogestão ou a sua entidade patrocinadora, desde que observado o art. 4º e o respectivo parágrafo único da Resolução Normativa Nº 488/2022, ou outra que vier a substituí-la; e
- VIII. aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à própria entidade de autogestão ou à sua entidade patrocinadora, desde que observado o prazo estipulado no art. 4º da Resolução Normativa Nº 488/2022, ou outra que vier a substituí-la.

§ 3º Poderão ser inscritas, ainda, vinculadas ao beneficiário titular aquelas pessoas previstas na alínea j, inciso II do artigo 2º da Resolução Normativa Nº 137/2006 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), ou outra que venha a substituí-la e no Estatuto da GEAP.

§ 4º Os vínculos do grupo familiar definidos no parágrafo 3º deste artigo, serão estabelecidos no Convênio por Adesão ao qual o beneficiário titular estiver vinculado, sendo que caberá ao beneficiário do grupo familiar vinculado ao beneficiário titular do plano GEAP BASIC I SC observar o que preconiza o Regulamento do plano escolhido.

§ 5º Para efeitos do disposto neste artigo, deverão ser observadas as regras/requisitos dispostos no Convênio por Adesão ao qual o beneficiário está vinculado, bem como os normativos vigentes da ANS.

TÍTULO III

Da Inscrição, Da Manutenção, Das Penalidades, Da Exclusão, Da Migração e Da Reativação

CAPÍTULO I

Da Inscrição no Plano

Art. 6º É voluntária e facultativa a inscrição de qualquer beneficiário no plano GEAP BASIC I SC, desde que se enquadre nas hipóteses previstas nos parágrafos 2º, 3º e 4º do artigo 5º e, para sua efetivação, deverão ser apresentados à GEAP os documentos constantes no Anexo II deste Regulamento, observando-se os requisitos para a inscrição.

§ 1º O titular que opte por incluir como dependente o cônjuge ou ex-cônjuge, o companheiro ou companheira de União Estável somente poderá optar por um dos vínculos citados, não podendo haver adesões cumulativas.

§ 2º Podem ser inscritos no plano GEAP BASIC I SC, os pensionistas, sendo possível inscrever dependentes ou beneficiários integrantes do grupo familiar relacionados neste Regulamento, desde que previsto pelo convênio por adesão ao qual o titular estiver vinculado e que não esteja vedado por qualquer normativo da patrocinadora.

§ 3º A inscrição do beneficiário se dará por meio de opção formal em instrumento a ser firmado pelo titular, denominado formulário de adesão/reactivação ou outro que venha substituí-lo, por meio do qual o beneficiário adere às regras, cláusulas e definições constantes do convênio por adesão firmado com a patrocinadora.

§ 4º A inscrição no plano somente será processada e adquirirá validade após análise da documentação referente à Cobertura Parcial Temporária (CPT) que ocorrerá em até 10 (dez) dias úteis, a contar da data de recebimento do Formulário de Adesão pela GEAP com a declaração de saúde.

§ 5º O titular do plano GEAP BASIC I SC poderá inscrever dependentes em quaisquer planos da GEAP, desde que previstos no convênio por adesão firmado com o patrocinador ao qual o titular está vinculado, observados o rol de beneficiários do plano escolhido e os requisitos para a inscrição.

§ 6º O vínculo do dependente e do beneficiário do grupo familiar é com o titular, e ocorrendo a exclusão deste, todos aqueles vinculados a sua inscrição terão seus planos cancelados.

§ 7º O beneficiário do grupo familiar será automaticamente desvinculado financeiramente do titular, devendo arcar com as contribuições e coparticipações do seu plano, conforme disposto no Título VII - Do Custeio, Contribuições e Coparticipações.

§ 8º O titular, seus dependentes e grupo familiar devem manter os dados pessoais e de contato (telefone, e-mail, endereço), sempre atualizados na GEAP Autogestão em Saúde. A omissão poderá acarretar responsabilidade administrativa.

§ 9º O titular, bem como o beneficiário do grupo familiar, se comprometem a comunicar à GEAP qualquer evento que implique em perda do seu direito e/ou de seus dependentes inscritos no plano, entre eles: casamento, morte, ser beneficiário de outro plano 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 fica sujeito à penalidade de advertência, que poderá ocorrer a suspensão de cobertura do plano, por fraude, caso não cumpra esse compromisso.

§ 10 A comunicação da GEAP com o beneficiário ocorrerá por meio dos seus canais oficiais de comunicação, quais sejam: e-mail, mensagem de texto (SMS), aplicativo, site, Central Nacional de Teleatendimento ou outros canais existentes.

Seção I

Do Cartão de Identificação do Beneficiário - CIB

Art. 7º Serão fornecidas ao beneficiário, a versão física e digital do Cartão de Identificação do Beneficiário (CIB), cuja apresentação, juntamente com documento oficial de identidade, é obrigatória para utilização da cobertura assistencial oferecida pelo plano.

§ 1º A versão digital do cartão estará disponível por meio da página da GEAP na internet, em área exclusiva do beneficiário, o qual a acessará mediante login e senha, pelo aplicativo GEAP Saúde, pela Central Nacional de Teleatendimento da GEAP, ou ainda, nos atendimentos presenciais.

§ 2º Ocorrendo extravio ou perda do Cartão de Identificação do Beneficiário (CIB) na versão física, o fato deve ser comunicado imediatamente à Central Nacional de Teleatendimento da GEAP, ou à respectiva Unidade Administrativa no seu Estado, para que seja solicitada a emissão de novo cartão e alteração/cancelamento da numeração do CIB extraviado ou perdido. A nova versão digital estará automaticamente disponível na área exclusiva do beneficiário.

§ 3º A GEAP Autogestão em Saúde não cobrará do beneficiário o custo correspondente à emissão de 2ª (segunda) via do cartão.

§ 4º É de inteira responsabilidade do beneficiário a utilização e a conservação do Cartão de Identificação, sendo de uso pessoal e intransferível, cabendo ao beneficiário o dever de guardá-lo e preservá-lo.

§ 5º A utilização indevida do Cartão de Identificação do Beneficiário poderá acarretar aplicação das penalidades previstas neste Regulamento.

CAPÍTULO II

Da Manutenção no Plano

Art. 8º É assegurado o direito de manter a condição de beneficiário no plano, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do vínculo funcional ou empregatício, nas seguintes situações:

- I. no caso de exoneração ou rescisão do contrato de trabalho sem justa causa, desde que observado o prazo estipulado no art. 4º da Resolução Normativa Nº 488/2022, ou outra que vier a substituí-la;
- II. no caso de aposentadoria, desde que observado o prazo estipulado no art. 4º da Resolução Normativa Nº 488/2022, ou outra que vier a substituí-la;
- III. no caso de licença sem vencimentos ou de afastamento legal; ou
- IV. no caso de falecimento do titular.

§ 1º Somente poderá se manter no plano como autopatrocinado, o ex-empregado demitido sem justa causa ou servidor exonerado, que não receberem mais per capita do órgão de origem, o aposentado ou o licenciado sem vencimentos ou por afastamento legal que, formalmente, optar pela manutenção no plano no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da comunicação inequívoca da unidade de recursos humanos da patrocinadora à GEAP.

§ 2º Considera-se como termo inicial para contagem do prazo de que trata o parágrafo anterior:

- I. da comunicação inequívoca da patrocinadora à GEAP da dispensa imotivada ou da comunicação do cumprimento do aviso prévio ou da data da comunicação do desligamento do servidor/empregado ou ainda da comunicação da aposentadoria; ou
- II. da comunicação inequívoca da patrocinadora acerca do dia do início da licença sem vencimentos ou afastamento legal.

Seção I

Da Perda do Vínculo Funcional ou Empregatício Sem Justa Causa

Art. 9º Ao titular do plano, no caso de exoneração do cargo ou rescisão do vínculo funcional ou empregatício sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do vínculo funcional ou empregatício, desde que assuma o pagamento integral da contribuição/mensalidade do plano e faça formalmente a opção pela manutenção, conforme disposto nos parágrafos 1º e 2º do artigo 8º.

§ 1º A contribuição/mensalidade integral a que se refere o caput deste artigo será cobrada mediante Título de Cobrança Bancária – TCB, ou qualquer outro meio hábil e idôneo de cobrança, sendo o seu vencimento até o 5º (quinto) dia útil de cada mês.

§ 2º O período de manutenção da condição a que se refere o caput deste artigo, conforme o prazo máximo definido na Lei Nº 9. 656/98 e Resolução Normativa Nº 488/2022 da ANS, ou outra que vier a substituí-la, será de 24 (vinte e quatro) meses.

§ 3º A perda ou suspensão do vínculo funcional ou empregatício dos titulares com a patrocinadora, em caráter temporário ou definitivo, não impedirá a manutenção dos beneficiários no plano, desde que se responsabilizem, além do pagamento de sua contribuição, pelo pagamento da contribuição de per capita, observando-se:

- I. o período de manutenção a que se refere esta cláusula será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, sendo extensivo a todo o grupo familiar inscrito quando do cancelamento do titular no plano por rescisão de contrato de trabalho ou término do vínculo funcional; e
- II. em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano, nos termos do disposto nos artigos 30 e 31 da lei nº 9. 656, de 1998.

§ 4º A opção pela manutenção da condição de beneficiário, nas condições de que gozava na vigência do contrato de trabalho, deverá se dar no prazo de 30 (trinta) dias a contar da comunicação inequívoca da unidade de recursos humanos do órgão ao titular, a qual deverá ocorrer no ato da rescisão do contrato de trabalho.

§ 5º No caso de licença sem remuneração ou afastamento legal, o titular poderá optar por permanecer no plano, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, o respectivo custeio das despesas.

§ 6º A exclusão do titular em decorrência da perda ou suspensão do vínculo funcional ou empregatício somente será aceita pela GEAP mediante a comprovação de que ele foi comunicado pela unidade de recursos humanos do órgão da opção de manutenção da condição de beneficiário, na forma do art. 12 da Resolução Normativa/ANS Nº 488/2022, ou outra que vier a substituí-la.

§ 7º O direito de manutenção de que trata este artigo será extensivo, obrigatoriamente, aos dependentes inscritos quando da vigência do contrato de trabalho, não sendo permitidas novas inscrições de dependentes, salvo nos casos de novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário.

§ 8º O direito de manutenção de que trata o caput deste artigo será assegurado, desde que os beneficiários façam a opção pela manutenção no plano, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, na forma da Resolução Normativa Nº 488/2022 da ANS, ou outra que venha a substituí-la, a contar:

- I. da comunicação inequívoca feita pelo empregador ao ex-empregado/servidor e/ou dependentes sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do vínculo funcional ou empregatício; ou
- II. da comunicação inequívoca feita pela GEAP ao ex-empregado/servidor e/ou dependentes sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do vínculo funcional ou empregatício.

§ 9º O direito de manutenção, de que trata este artigo, está condicionado à vigência do convênio por adesão ao qual o beneficiário estiver vinculado.

§ 10 O direito de manutenção de que trata este artigo é extensivo aos beneficiários do grupo familiar, que serão mantidos automaticamente.

Seção II

Da Aposentadoria

Art. 10 Ao aposentado que contribuir para planos de saúde de que tratam o inciso I e o § 1º do artigo 1º da Lei Nº 9. 656/98, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manutenção como titular do plano, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral da contribuição/mensalidade do plano e faça formalmente a opção pela manutenção, conforme disposto nos parágrafos 1º e 2º do artigo 8º.

§ 1º A contribuição/mensalidade integral a que se refere o caput deste artigo será cobrada mediante Título de Cobrança Bancária (TCB), ou qualquer outro meio hábil e idôneo de cobrança, sendo o seu vencimento até o 5º (quinto) dia útil de cada mês.

§ 2º O período de manutenção da condição a que se refere o caput deste artigo será por tempo indeterminado, ressalvado o disposto no parágrafo 3º deste artigo, sendo extensivo, obrigatoriamente, aos dependentes e grupo familiar inscritos quando da aposentadoria do titular, sendo vedadas novas inscrições de dependentes e beneficiários do grupo familiar do titular, salvo nos casos de novo cônjuge e filhos nascidos ou adotados, após adquirida esta condição.

§3º Ao aposentado que contribuir para o plano por período inferior a 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manutenção como titular, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição/mensalidade, conforme definido na Lei Nº 9. 656/98 e Resolução Normativa Nº 488/2022, da ANS, ou outra que venha a substituí-la.

§ 4º O direito de manutenção de que trata o caput deste artigo será assegurado, desde que os beneficiários façam a opção pela manutenção no plano, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, na forma da Resolução Normativa Nº 488/2022 da ANS, ou outra que venha a substituí-la, a contar:

- I. da comunicação inequívoca feita pelo empregador ao aposentado e/ou dependentes sobre a opção da manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da aposentadoria; ou
- II. da comunicação inequívoca feita pela GEAP ao aposentado sobre a opção da manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da aposentadoria.

§ 5º O direito de manutenção de que trata este artigo, está condicionado à vigência do Convênio por Adesão ao qual o beneficiário estiver vinculado.

Seção III

Da Licença sem Vencimentos ou Afastamento Legal

Art. 11 O servidor/empregado titular do plano GEAP BASIC I SC que se afastar de sua patrocinadora por motivo de licença sem vencimentos ou afastamento legal, poderá permanecer na condição de autopatrocinado pelo período correspondente à licença ou afastamento.

§ 1º A contribuição/mensalidade integral a que se refere o caput deste artigo será cobrada mensalmente mediante Título de Cobrança Bancária (TCB), ou qualquer outro meio hábil e idôneo de cobrança, sendo o seu vencimento até o 5º (quinto) dia útil de cada mês.

§ 2º O período de manutenção da condição a que se refere o caput deste artigo e parágrafos 1º e 2º do artigo 8º, será por tempo correspondente à licença sem vencimentos ou afastamento legal, sendo o direito de manutenção extensivo,

obrigatoriamente, a todos os dependentes e beneficiários do grupo familiar inscritos no plano, sendo previstas novas inscrições de dependentes e beneficiários integrantes do grupo familiar do titular.

Seção IV

Da Manutenção Do Dependente e Do Grupo Familiar Após o Falecimento Do Titular

Art. 12 Em caso de morte do titular, o plano poderá ser mantido pelos dependentes e grupo familiar, cobertos pelo plano, desde que estes tenham idade igual ou superior a 18 (dezoito) anos, ou pelo responsável legal do beneficiário considerado menor ou incapaz, na forma do Código Civil Brasileiro, desde que assuma o pagamento integral da contribuição/mensalidade e faça formalmente a opção pela manutenção, assumindo as responsabilidades para com o plano.

§ 1º Inclui-se como dependente, na forma do caput deste artigo, o beneficiário que obtenha o direito de se tornar pensionista em virtude da morte do titular, até que o processo da pensão seja concluído.

§ 2º O direito de manutenção de que trata o caput deste artigo, será assegurado, desde que os beneficiários façam a opção pela manutenção no plano, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, na forma da Resolução Normativa Nº 488/2022 da ANS, ou outra que venha a substituí-la, a contar:

- I. da comunicação inequívoca feita pelo empregador aos dependentes do titular copatrocinado; ou
- II. da comunicação inequívoca feita pela GEAP aos dependentes e grupo familiar dos titulares copatrocinados e autopatrocinados sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando vinculado ao titular antes do falecimento.

§ 3º O período de manutenção na condição a que se refere o caput deste artigo será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, conforme definido na Lei Nº 9. 656/98 e na Resolução Normativa Nº 488/2022 da ANS, ou outra que vier à substituí-la.

CAPÍTULO III

Das Penalidades Pela Inadimplência

Art. 13 O beneficiário que incorrer em atraso no pagamento da contribuição/mensalidade ou da coparticipação, poderá ser:

- I. comunicado;
- II. advertido;
- III. notificado;
- IV. suspenso;
- V. excluído.

Parágrafo único. O beneficiário que permanecer inadimplente poderá ter seu CPF e nome incluídos nos órgãos de proteção ao crédito.

Seção I

Da Comunicação

Art. 14 O beneficiário será comunicado, até o 5º (quinto) dia de atraso, a contar da data de vencimento da contribuição/mensalidade ou da coparticipação.

Seção II

Da Advertência

Art. 15 O beneficiário será advertido a partir do 10º (décimo) dia de inadimplência, a contar da data de vencimento da contribuição/mensalidade ou da coparticipação, quando da utilização do plano em procedimentos eletivos, oportunidade em que o respectivo atendimento será condicionado à realização de contato prévio com a GEAP, por meio dos seus canais oficiais de atendimento.

Seção III

Da Notificação

Art. 16. A notificação prevista no inciso III do artigo 13, será realizada até o 50º (quinquagésimo) dia do não pagamento, como pré-requisito para suspensão parcial ou cancelamento do plano, motivado por inadimplência, conforme modalidades previstas no art. 8º da Resolução Normativa Nº 593/2023 ou outra que vier a substituí-la.

§1º Da notificação válida, o beneficiário gozará de prazo de 10 (dez) dias para que seja efetuado o pagamento do débito.

§ 2º Caso a notificação ocorra após o 50º (quinquagésimo) dia do não pagamento, será concedido prazo de 10 (dez) dias, contados da notificação, para que seja efetuado o pagamento do débito.

Seção IV

Da Suspensão Parcial Do Atendimento

Art. 17 Haverá a suspensão parcial da cobertura assistencial aos beneficiários, conforme disposto no inciso IV do artigo 13, quando este incorrer em atraso de 2 (duas) contribuições/mensalidades ou coparticipação consecutivas, ou não, no período de 12 (doze) meses.

§ 1º A suspensão da cobertura será parcial, conforme definido no caput deste artigo, pois não será aplicada para os atendimentos de urgência/emergência e na situação prevista no parágrafo 7º do artigo 18 deste Regulamento.

§ 2º A suspensão dos atendimentos de forma parcial, não implicará na suspensão das cobranças de contribuição/mensalidade ou da participação, razão pela qual se torna devida a cobrança integral das mensalidades geradas durante o período em que o beneficiário estiver suspenso.

Seção V

Da exclusão

Art. 18 Haverá a exclusão do beneficiário à cobertura assistencial, conforme disposto no inciso V do artigo 13:

§1º A exclusão por inadimplemento se dará pelo não pagamento de duas contribuições/mensalidades ou coparticipação consecutivas, ou não, no período de doze meses.

§ 2º A exclusão será precedida de notificação da GEAP ao responsável pelo plano, por meio de comunicação inequívoca.

§ 3º Será concedido ao titular até 2 (dois) parcelamentos ativos por inscrição, sendo que no caso de débitos renegociados já submetidos ao segundo parcelamento e não adimplidos, a concessão de novo parcelamento ficará condicionada à quitação integral daquele anteriormente acordado.

§ 4º O parcelamento dos débitos, previsto no parágrafo 3º deste artigo, poderá ser realizado em até 12 (doze) meses.

§ 5º Durante a internação de qualquer beneficiário, titular, dependente ou membro do grupo familiar, é vedada a exclusão por motivo de inadimplemento.

§ 6º A exclusão do beneficiário titular ou do grupo familiar não os desobriga a honrar o pagamento das contribuições devidas e não liquidadas, bem como as despesas de coparticipação oriundas da utilização do plano, se houver, até a data do cancelamento pela operadora, ficando sujeito à aplicação das medidas legais cabíveis.

§ 7º Caso o beneficiário que esteja em tratamento continuado, que não enseje internação em ambiente domiciliar ou hospitalar, seja excluído de forma unilateral pela GEAP por motivo de inadimplemento, ou nos casos de encerramento/rescisão de convênio, os procedimentos já autorizados antes da exclusão do beneficiário terão sua cobertura assegurada, perdendo, automaticamente, a cobertura para novas assistências.

§ 8º Caberá ao titular, responsável pelo Formulário de Adesão, o pagamento das coparticipações integrais relativas ao tratamento, seu e/ou de seus dependentes, a que se refere o parágrafo 7º deste artigo.

§ 9º Caberá ao beneficiário do grupo familiar, que tenha idade igual ou superior a 18 (dezoito) anos, ou o responsável legal do beneficiário considerado menor ou incapaz, o pagamento das coparticipações integrais relativas ao tratamento a que se refere o parágrafo 7º deste artigo.

§ 10 A exclusão do beneficiário importará na perda automática das coberturas previstas neste Regulamento.

§11 O não pagamento da contribuição/mensalidade e coparticipação poderá acarretar ao beneficiário titular ou ao beneficiário do grupo familiar, sanções por meios legais.

CAPÍTULO IV

Do Cancelamento

Art. 19 O cancelamento do beneficiário no plano ocorrerá:

- I. a pedido do titular, a qualquer tempo, observado o disposto na Resolução Normativa Nº 561/2022, da ANS, ou outra que venha a substituí-la, nos seguintes termos:
 - a) o beneficiário titular poderá solicitar à patrocinadora, por qualquer meio, o cancelamento do seu plano de saúde ou de seu dependente;
 - b) a patrocinadora deverá cientificar a GEAP em até 30 (trinta) dias que, a partir de então, ficará responsável pela adoção das providências cabíveis ao processamento do cancelamento;
 - c) expirado o prazo acima disposto sem que a patrocinadora tenha providenciado a comunicação do cancelamento do beneficiário à GEAP, o beneficiário titular poderá solicitá-lo diretamente à operadora.

- II. por óbito do titular, dependente ou integrante do grupo familiar;
- III. por rescisão unilateral da GEAP em casos de inadimplemento;
- IV. por fraude ou uso indevido do plano, mediante apuração em processo interno da GEAP, assegurando-se a ampla defesa e o contraditório, sem prejuízo das sanções cíveis e penais cabíveis;
- V. suspensão de remuneração ou proventos, mesmo que temporariamente;
- VI. exoneração ou dispensa do cargo ou emprego;
- VII. redistribuição do cargo a outro órgão ou entidade não conveniado à GEAP;
- VIII. licença sem remuneração;
- IX. decisão administrativa ou judicial;
- X. perda de pensão; e
- XI. encerramento ou rescisão do convênio por adesão firmado com a patrocinadora ao qual o beneficiário estiver vinculado.

§ 1º O cancelamento do beneficiário do plano de que trata o inciso I do caput deste artigo será efetuado com base na legislação vigente. Caso seja efetivada após a geração da cobrança mensal, será calculado o *pro rata temporis* compreendendo o período coberto até a data da exclusão, não cabendo o acréscimo de correção monetária nos casos em que haja devolução de valor ao beneficiário.

§ 2º O cancelamento do beneficiário do plano GEAP BASIC I SC de que trata o inciso II do caput deste artigo será efetuado com a data do evento, salvo disposição em contrário no Convênio por Adesão ao qual o beneficiário estiver vinculado.

CAPÍTULO V

Da Migração

Art. 20 O titular inscrito no plano GEAP BASIC I SC poderá optar pela migração aos demais planos oferecidos pela GEAP, observando as regras de cada plano conforme disposto nos Regulamentos, sendo-lhe garantida a contrapartida financeira na forma estabelecida no Convênio por Adesão.

§ 1º O titular poderá solicitar a migração do dependente para plano diferente seu, desde que haja previsão no Convênio por Adesão firmado com o patrocinador ao qual está vinculado, observado o rol de beneficiários do plano escolhido e os requisitos para a inscrição.

§ 2º O beneficiário do grupo familiar poderá migrar para plano diferente do titular, desde que haja previsão no Convênio por Adesão firmado com o patrocinador ao qual está vinculado, observado o rol de beneficiários do plano escolhido e os requisitos para a inscrição.

§ 3º A migração deve ser feita mediante autorização do órgão ou entidade a qual o titular estiver vinculado, desde que previsto no Convênio por Adesão pactuado, e por meio de assinatura de formulário específico relativo ao plano pretendido. Para

beneficiários do grupo familiar, a migração poderá ser formalizada diretamente à GEAP pela assinatura do titular no formulário específico relativo ao plano pretendido.

§ 4º A migração do beneficiário para outro plano ocorrerá no 1º dia do mês subsequente, a contar:

- I. do recebimento do ofício da patrocinadora na Unidade Administrativa da GEAP contendo a solicitação de migração; ou
- II. da apresentação de formulário específico à Unidade Administrativa da GEAP, no caso dos titulares autopatrocinados e dos beneficiários familiares, mantidos por força dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9. 656/98.

§ 5º Para o titular que se manteve no plano como ex-empregado, demitido ou exonerado sem justa causa e aposentado, será possível a migração entre planos oferecidos pela GEAP, desde que haja manifestação formal do beneficiário, por meio da assinatura de formulário específico relativo ao plano escolhido.

§ 6º A migração entre planos, poderá ser solicitada a qualquer tempo, não havendo a necessidade de cumprimento de novas carências nas seguintes situações:

- I. se a migração ocorrer de um plano de maior cobertura e acomodação superior para outro de menor cobertura e acomodação inferior e não houver intervalo de contribuição/mensalidade/coparticipação ou pendências de arrecadação; ou
- II. se a migração ocorrer entres planos de idêntica cobertura e acomodação.

§ 7º A regra a que se refere o parágrafo anterior não se aplica quando a migração ocorrer de um plano de menor cobertura e acomodação inferior para outro de maior cobertura e acomodação superior, sendo neste caso obrigatório o cumprimento do prazo de carência previsto no Regulamento do plano escolhido, para os procedimentos e rede prestadora não previstos no plano anterior.

§ 8º Caso o beneficiário não tenha cumprido o período de carência no plano de origem e opte por migrar para outro plano da GEAP, com cobertura assistencial ou prazo de carência diferentes, serão aplicadas as seguintes regras:

- I. plano de destino com cobertura maior e período de carência menor ou igual ao plano de origem: iniciará um novo período de carência a contar da data de migração de acordo com o plano de destino para os procedimentos não previstos no plano anterior. Para os procedimentos de idêntica cobertura, o novo período de carência não poderá exceder o prazo máximo do plano de origem que estava em andamento;
- II. plano de destino com cobertura e período de carência maior ao plano de origem: iniciará um novo período de carência a contar da data de migração de acordo com o plano de destino para os procedimentos não previstos no plano anterior, para os procedimentos de idêntica cobertura haverá o aproveitamento (em dias) das carências já cumpridas no plano de origem;
- III. plano de destino com cobertura menor e período de carência maior que o plano de origem: haverá o cumprimento de carência do plano de destino com o aproveitamento (em dias) das carências já cumpridas no plano de origem;

- IV. plano de destino com cobertura e período de carência menor ou igual ao plano de origem: haverá o aproveitamento parcial (em dias) das carências cumpridas no plano anterior.

§ 9º Caso o beneficiário não tenha cumprido o período exigido de Cobertura Parcial Temporária (CPT) de 24 (vinte e quatro) meses, conforme Resolução Normativa Nº 558/2022, da ANS, ou outra que venha a substituí-la, no plano de origem e opte por migrar para o plano GEAP BASIC I SC, assim sendo, haverá o aproveitamento do período de permanência no plano anterior, para fins de contabilização do prazo estabelecido para CPT.

§ 10 O beneficiário que migrar para outro plano ofertado pela GEAP não ficará isento da cobrança de eventuais débitos financeiros oriundos do plano anterior.

§ 11 Nas migrações para planos de menor cobertura e acomodação inferior, o beneficiário será automaticamente enquadrado na cobertura e rede do plano escolhido. Nos casos em que o beneficiário estiver internado em unidade hospitalar não credenciada ao plano de destino, esse deverá ser imediatamente transferido para unidade hospitalar integrante da sua atual rede assistencial, caso não opte por arcar com os custos da sua internação.

CAPÍTULO VI

Da Reativação

Art. 21 O titular e os seus dependentes com inscrições canceladas poderão optar pela reativação ao plano, observadas as regras e requisitos dispostos neste Regulamento, no Convênio por Adesão ao qual o beneficiário estiver vinculado, bem como os normativos vigentes da ANS.

§ 1º Para fins de reativação ao plano de saúde, o beneficiário que tenha sido excluído, nos termos dos regulamentos dos planos da GEAP Autogestão em Saúde, deverá preencher formulário específico, conforme modelo da GEAP, e entregá-lo à unidade de recursos humanos do órgão ou entidade a que estiver vinculado ou que estiver em exercício.

§ 2º O formulário de que trata o parágrafo anterior, deverá ser disponibilizado pela patrocinadora, em intranet ou outro meio de fácil acesso ao beneficiário. A GEAP também disponibilizará em sua página na internet o referido formulário.

§ 3º A unidade de recursos humanos encaminhará via ofício o formulário de reativação do beneficiário, assinado no campo “AUTORIZADOR”, à Unidade Administrativa da GEAP da localidade de exercício do servidor, o qual será processado e adquirirá validade a partir da data de recebimento do respectivo ofício pela GEAP.

§ 4º A solicitação de reativação do beneficiário poderá ocorrer a qualquer tempo, desde que haja a quitação ou negociação das obrigações vencidas e não pagas, podendo ser exigido o cumprimento de novos períodos de carências definidos no artigo 61 deste Regulamento, a contar da data de entrega na GEAP do Formulário específico, cabendo observar o que dispõe o parágrafo 1º deste artigo.

TÍTULO IV
Das Garantias e Exclusões de Cobertura e Das Doenças e Lesões Preexistentes

CAPÍTULO I
Das Garantias de Coberturas

Art. 22 O plano garante assistência relativa aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas Diretrizes de Utilização (DUT) editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e vigentes à época do evento, observada a área de atuação e rede assistencial do plano.

Seção I
Da Cobertura Ambulatorial

Art. 23 A cobertura ambulatorial do plano compreende os atendimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes e suas Diretrizes de Utilização (DUT), editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), realizados de acordo com as seguintes coberturas:

- I. consultas médicas, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), advertindo que áreas de atuação não são de cobertura obrigatória pela operadora de saúde, conforme Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) vigente;
- II. serviço de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais e/ou cirúrgicos ambulatoriais indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não caracterizados como internação e façam parte do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- III. cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional de acordo com o número de sessões e Diretrizes de Utilização (DUT), estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- IV. cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões e Diretrizes de Utilização (DUT), estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- V. cobertura de fisioterapia listada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- VI. atendimentos ambulatoriais em ambiente hospitalar, caracterizados como de urgência ou de emergência, nos casos de cumprimento de carência, serão limitados até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento. A realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, inclusive se houver necessidade de internação, fica sob responsabilidade do beneficiário, mesmo sendo feitos na mesma unidade de prestação de serviços e em tempo inferior a 12 (doze) horas, observado:
 - a) O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal será garantido, sem restrições, após 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.
- VII. Tratamento dos transtornos psiquiátricos conforme disposto nas Diretrizes de Utilização (DUT) da ANS previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas, abrangendo:

- a) atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem risco de morte ou de danos físicos para o próprio paciente ou para terceiros (incluídas as ameaças, tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
- b) psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;
- c) tratamento básico, que é aquele prestado por profissional de saúde, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

VIII. cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

Subseção I

Da Assistência em Fisioterapia

Art. 24 A assistência em fisioterapia do plano prevê a cobertura de procedimentos para avaliação e tratamento de distúrbios que afetem a fisiologia normal do organismo humano, observada a área de atuação e rede assistencial do plano, e ainda:

- I. a autorização para tratamentos fisioterápicos será concedida a partir de solicitação de profissionais médicos, contendo a indicação clínica, o diagnóstico e a previsão da duração do tratamento proposto;
- II. a cada 90 (noventa) dias, o beneficiário deverá realizar nova avaliação com o profissional médico assistente e, em caso de continuidade, o profissional médico deverá fazer novo pedido contendo a indicação clínica, o diagnóstico e a previsão da duração do tratamento proposto.

Subseção II

Da Assistência em Psicologia

Art. 25 A assistência em psicologia do plano GEAP BASIC I SC prevê a cobertura de procedimentos, consultas para avaliação e tratamento em portadores de distúrbios psicológicos, observada a área de atuação e rede assistencial do plano, e ainda:

- I. a assistência em psicologia será concedida a partir da solicitação de médico assistente, contendo a indicação e a justificativa do tratamento proposto;
- II. a cada 06 (seis) meses, o beneficiário deverá realizar nova avaliação com o profissional médico assistente e, em caso de continuidade, o profissional médico deverá fazer novo pedido contendo a indicação clínica, o diagnóstico e a previsão da duração do tratamento proposto;
- III. a cobertura para sessões de psicologia se dará com atendimento individualizado realizado por profissional psicólogo/psicoterapeuta ou em grupo, quando realizado por profissional médico.

Subseção III

Da Assistência em Fonoaudiologia

Art. 26 A assistência em fonoaudiologia do plano GEAP BASIC I SC prevê a cobertura e serviços para portadores de patologias que afetem a linguagem oral ou escrita e a recepção de sons, observada a área de atuação e rede assistencial do plano, e ainda:

- I. o atendimento e/ou tratamento fonoaudiológico será autorizado, mediante encaminhamento por profissionais médicos ou odontólogos acompanhados de relatório técnico;
- II. a cada 90 (noventa) dias, o beneficiário deverá realizar nova avaliação com o profissional médico assistente e, em caso de continuidade, o profissional médico deverá fazer novo pedido contendo a indicação clínica, o diagnóstico e a previsão da duração do tratamento proposto.

Seção II

Da Cobertura Hospitalar

Art. 27 A cobertura hospitalar do plano compreende os atendimentos em unidade hospitalar definidos em regime de internação, inclusive a cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, observada a área de atuação e rede assistencial do plano, aqui incluída a previsão no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas Diretrizes editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), abrangendo:

- I. internação hospitalar, em clínicas básicas e especializadas credenciadas à GEAP, observada a área de abrangência geográfica e de atuação, bem como da rede específica do plano, relacionadas às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM);
- II. internação hospitalar em centro de terapia intensiva ou similar, a critério do médico assistente, desde que justificada a necessidade, devendo observar a área de atuação e rede assistencial do plano;
- III. diária de internação hospitalar;
- IV. despesa referente aos honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;
- V. exames complementares indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- VI. taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionadas com o evento médico;
- VII. cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contraindicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, nos seguintes casos:
 - a) crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;
 - b) idosos a partir de 60 (sessenta) anos de idade; e

c) pessoas com deficiência.

VIII. cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante, indicado pela mulher durante:

- a) pré-parto;
- b) parto normal ou cesariana;
- c) pós-parto imediato por 48 (quarenta e oito) horas, salvo contraindicação do médico ou até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente; e
- d) assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, não havendo cobertura para a internação de parturiente com a finalidade de acompanhamento de recém-nascido patológico.

IX. cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgãos, membros e regiões conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização (DUT) vigentes à época do evento;

X. cirurgias bucomaxilofaciais que necessitem de ambiente hospitalar;

XI. órteses e próteses registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;

XII. procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto;

XIII. cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer;

XIV. tratamento dos transtornos psiquiátricos, conforme disposto nas Diretrizes de Utilização (DUT) da ANS previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas, compreendendo:

- a) atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem risco de morte ou de danos físicos para o próprio paciente ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
- b) psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;
- c) o custeio integral de até 30 (trinta) dias de internação, por ano de convênio, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
- d) o custeio parcial, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de convênio, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, com coparticipação do beneficiário de 30% (trinta por cento);
- e) a cobertura de internação, contínua ou não, em hospital geral, para beneficiários portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;
- f) o custeio parcial, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de convênio, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados

por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização, com coparticipação do beneficiário de 30% (trinta por cento); e

- g) A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

Seção III

Do Plano Hospitalar

Art. 28 O Plano Hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme resolução específica vigente, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso X do artigo 27, observadas as seguintes exigências:

- I. cobertura, em número ilimitado de dias, de todas as modalidades de internação hospitalar;
- II. cobertura para internações psiquiátricas de acordo com o rol de procedimentos e eventos e saúde, havendo incidência de fator moderador coparticipação, que serão cobrados nos seguintes termos:
 - a) somente haverá fator moderador quando ultrapassados 30 dias de internação contínuos ou não, nos 12 meses de vigência; e
 - b) a coparticipação poderá ser crescente ou não, estando limitada ao máximo de 50% do valor contratado entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e o respectivo prestador de serviços de saúde.
- III. cobertura de transplantes conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos:
 - a) as despesas assistenciais com doadores vivos;
 - b) os medicamentos utilizados durante a internação;
 - c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, incluindo medicamentos de manutenção; e
 - d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS, sendo admitida a exclusão de medicamentos de manutenção.

§ 1º O beneficiário candidato ao transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção, nos termos previstos na legislação em vigor.

§ 2º Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos contratados, na acomodação coberta pelo plano enfermaria, ao beneficiário será garantido o acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede contratada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência, observada a área de abrangência geográfica e de atuação, bem como da rede específica do plano.

§ 3º Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos contratados, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da GEAP.

§ 4º As internações hospitalares serão realizadas em acomodação coletiva (enfermaria) e, caso o beneficiário opte por acomodação em categoria superior à prevista ficará às expensas do titular o pagamento direto ao contratado do valor

excedente, inclusive a complementação dos honorários médicos e hospitalares, não cabendo qualquer reembolso por parte da GEAP.

§ 5º Para fins do disposto no inciso XI do artigo 26, deve ser observado o seguinte:

- I. o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela GEAP, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) opções de fabricantes diferentes do plano, quando disponíveis, dentre aqueles regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que atendam às características específicas;
- II. somente serão cobertos materiais registrados na ANVISA e utilizados para a finalidade precípua a que se destinam, vedado o uso *Off Label*.

§ 6º Para fins da Assistência Hospitalar, conceituam-se:

- I. prótese: qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido; e
- II. órtese: qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido.

§ 7º A classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país, como órteses ou próteses, encontra-se disponibilizada na página da ANS, no endereço eletrônico www.ans.gov.br.

Seção IV **Da Assistência em Hospital-Dia**

Art. 29 A assistência em Hospital-Dia do plano GEAP BASIC I SC, compreende a realização de procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos que requeiram a permanência do paciente na unidade, por um período mínimo de 06 (seis) e no máximo de 12 (doze) horas, observada a área de atuação e rede assistencial do plano.

§ 1º Os procedimentos cirúrgicos emergenciais não se caracterizam como atendimento em Hospital-Dia, bem como os procedimentos quimioterápicos e hemodíálises.

§ 2º Enquadram-se nesta modalidade de atendimento, os procedimentos cirúrgicos eletivos, com tempo de permanência de 12 (doze) horas, realizados sob anestesia locorregional com ou sem sedação e/ou com agentes anestésicos de eliminação rápida, sempre com retaguarda hospitalar.

§ 3º A assistência em Hospital-Dia para transtornos mentais, conforme solicitação do médico assistente e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) vigentes à época do evento.

§ 4º Cobertura de Hospital-Dia (recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar) para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização da Resolução Normativa Nº 428/2017, da ANS, ou outra que venha a substituí-la.

CAPÍTULO II

Das Exclusões de Cobertura

Art. 30 Estão excluídos da cobertura do plano GEAP BASIC I SC os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Regulamento e os provenientes dos seguintes casos:

- I. aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- II. aparelhos ortopédicos;
- III. áreas de atuação ou subespecialidades;
- IV. asilamento de idosos;
- V. assistência médica nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- VI. diárias hospitalares com a parturiente em condições de alta quando da manutenção da internação do recém-nascido patológico;
- VII. atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;
- VIII. despesas hospitalares extraordinárias, tais como: telefonemas, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas e indenização por perda de objetos;
- IX. enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- X. especialidades não definidas e reconhecidas pelos Conselhos de Saúde;
- XI. estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- XII. avaliações pedagógicas;
- XIII. exames admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais;
- XIV. emissão de laudo, relatório, atestado ou qualquer tipo de documento para comprovação de sanidade mental;
- XV. emissão de laudo, relatório, atestado ou qualquer outro tipo de documento para atividades físicas e banho de piscina;
- XVI. fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, exceto para aqueles utilizados para tratamentos oncológicos estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes à época;
- XVII. aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;
- XVIII. fornecimento de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) de caráter personalizado e/ou customizado, mesmo em procedimentos listados no rol da ANS.;
- XIX. fornecimento de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) não ligados ao ato cirúrgico;
- XX. fornecimentos de medicamentos importados não nacionalizados;
- XXI. fornecimentos de órteses e próteses importados não nacionalizados;
- XXII. inseminação artificial;
- XXIII. procedimentos que objetivem investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- XXIV. qualquer tipo de tratamento odontológico;
- XXV. materiais especiais (enxerto, membrana, placa, parafusos, telas e outros) para utilização ambulatorial;
- XXVI. necropsias e medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- XXVII. procedimentos que visem orientações vocacionais;
- XXVIII. parto humanizado, quando assim for uma escolha da beneficiária, não terá cobertura obrigatória, seja em âmbito domiciliar ou hospitalar, bem como despesas com taxa de sala especial para esta finalidade;
- XXIX. qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;
- XXX. despesas extras quando da internação do beneficiário em acomodação superior a contratada;
- XXXI. procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da GEAP e sem atendimento às condições previstas neste Regulamento;
- XXXII. procedimentos clínicos, cirúrgicos, órteses, próteses para fins estéticos e tratamentos de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- XXXIII. procedimentos não discriminados neste Regulamento, na data do evento;

- XXXIV. procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do Plano;
- XXXV. psicoterapia com objetivos profissionais;
- XXXVI. remoção domiciliar;
- XXXVII. tratamento para fertilização in vitro;
- XXXVIII. tratamento prescrito por profissional não habilitado;
- XXXIX. tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais, ou seja, aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como aquele que não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso *off label*);
- XL. tratamentos em clínicas de emagrecimento, tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos, casas sociais;
- XLI. consultas domiciliares; e
- XLII. tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

Parágrafo único. O plano não cobre atendimentos fora da área de atuação e rede assistencial do plano, inclusive em situações de urgência e emergência.

CAPÍTULO III

Das Doenças e Lesões Preexistentes - DLP

Art. 31 Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao plano GEAP BASIC I SC.

Art. 32 No momento da adesão ao plano, o beneficiário deverá preencher a Declaração de Saúde, na qual manifestará o conhecimento de Doenças ou Lesões Preexistentes à época da adesão, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou exclusão do plano.

§1º Juntamente com o Formulário de Declaração de Saúde, será entregue a Carta de Orientação ao beneficiário.

§2º O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados pela GEAP, sem qualquer ônus. Caso opte por orientação de médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da GEAP, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

Art. 33 Sendo constatada, por perícia ou na entrevista qualificada, ou por meio de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a GEAP oferecerá a Cobertura Parcial Temporária (CPT).

Parágrafo único. A cobertura parcial temporária consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

Art. 34 A confirmação da doença ou lesão preexistente se fará com base nos princípios técnicos, normativos e éticos que regem um diagnóstico em medicina, em especial pela existência de antecedentes médicos ou hospitalares, sintomas, sinais ou alterações perceptíveis em seu estado de saúde, ou, ainda, por exames diagnósticos comprobatórios.

Parágrafo único. As doenças ou lesões preexistentes poderão ser identificadas pela GEAP por todos os meios de verificação que se aceitem como prova, inclusive prontuários médico-hospitalares, em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais e/ou

por meio de exames médicos de avaliação exigidos pela GEAP para definição dos eventos que terão cobertura parcial temporária.

Art. 35 Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br, bem como está disponível para consulta e cópia nas dependências da GEAP.

Art. 36 Exercendo prerrogativa legal, a GEAP não optará pelo fornecimento do Agravo.

Art. 37 Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a GEAP deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário por meio de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá oferecer a opção de cobertura parcial temporária ou solicitar abertura de processo administrativo na ANS, nos termos da Resolução Normativa Nº 558/2022, ou outra que venha a substituí-la, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à cobertura parcial temporária.

Parágrafo único. Em caso de acolhimento da 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.

Art. 38 O presente capítulo não vigorará para:

- I. o beneficiário titular que solicitar sua inscrição e a de seus dependentes e beneficiários do grupo familiar no prazo máximo de 30 (trinta) dias do início da vigência do Convênio por Adesão;
- II. o beneficiário titular que solicitar a sua inscrição e a de seus dependentes e beneficiários do grupo familiar no prazo máximo de 60 (sessenta) dias do efetivo exercício na patrocinadora;
- III. o beneficiário dependente ou do grupo familiar, cuja inscrição no plano ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data em que tornar elegível para o plano; e
- IV. o beneficiário de pensão que se inscrever na condição de pensionista dentro de 30 (trinta) dias do óbito do titular, salvo o disposto no parágrafo 1º do artigo 12 deste Regulamento.

§1º Para fins do disposto no inciso II, será considerada para a data da vinculação do beneficiário à patrocinadora a data do seu efetivo exercício.

§2º Para fins do disposto no inciso III, entende-se por data de elegibilidade, exemplificativamente, a data do nascimento para a inscrição de filho.

TÍTULO V

Do Acesso às Coberturas e Garantias de Remoção

CAPÍTULO I

Do Acesso às Coberturas

Art. 39 O titular, seus dependentes e grupo familiar inscritos no plano terão acesso à rede credenciada específica, observada a área de abrangência geográfica e de atuação do plano, para a realização dos procedimentos cobertos pelo seu plano, devendo a divulgação dos prestadores de serviços contratados ser feita das seguintes formas:

- I. por meio da Central de Atendimento (SAC) a ser mantida pela GEAP; e
- II. portal corporativo da GEAP com atualização quando houver alteração.

Art. 40 Eventuais alterações da rede serão disponibilizadas no portal corporativo da GEAP, www.geap.org.br, de acesso irrestrito a todos os beneficiários do plano.

Art. 41 Caso o beneficiário não consiga agendar o serviço ou o procedimento coberto pelo plano, deverá entrar em contato com a GEAP, por meio da Central Nacional de Teleatendimento ou por comparecimento à Unidade Administrativa da GEAP, ocasião em que será fornecido número de protocolo referente ao pedido, sendo que o prazo para a garantia de atendimento, definido pela Resolução Normativa Nº 566/2022, da ANS, ou outra que venha a substituí-la, passará a contar a partir desta data.

§ 1º Na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial, que ofereça o serviço ou o procedimento, no município em que o beneficiário o contratar, a GEAP realizará a marcação e prévia autorização do atendimento em prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município ou em prestador, integrante ou não da rede assistencial, nos municípios limítrofes, observada a área de abrangência geográfica e de atuação, bem como da rede específica do plano e o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas Diretrizes editadas pela ANS.

§ 2º Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço ou o procedimento solicitado, no município em que o beneficiário o contratar, a GEAP realizará a marcação e prévia autorização do atendimento em prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes ou na região de saúde na qual faz parte o município, observada a área geográfica e de atuação do plano e o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas Diretrizes editadas pela ANS.

§ 3º Na impossibilidade do agendamento dentro do prazo estabelecido pela ANS conforme Resolução Normativa Nº 566/2022, da ANS, ou outra que venha a substituí-la, no mesmo município, municípios limítrofes ou e na região de saúde à qual faz parte o município, desde que pertencentes à área geográfica de abrangência e à área de atuação do plano, a GEAP realizará a marcação e prévia autorização do atendimento do serviço demandado em outra unidade da federação, garantindo o traslado do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem.

§ 4º A escolha do meio de transporte fica a critério da GEAP, de forma compatível com os cuidados demandados pela condição de saúde do beneficiário.

Art. 42 Os atendimentos ambulatoriais, hospitalares e obstétricos garantidos pelo plano serão prestados por meio de entidades e/ou profissionais pertencentes à rede credenciada, conforme área de atuação e rede assistencial do plano, sendo vedada a livre escolha fora da rede credenciada da GEAP.

Art. 43 O deslocamento somente deverá ser assegurado e informado ao beneficiário, após a GEAP realizar a marcação e prévia autorização do procedimento com o prestador.

CAPÍTULO II

Das Garantias de Remoção

Art. 44 O plano garantirá a cobertura de remoção do beneficiário, comprovadamente necessária, após cumprimento de carência, para outro estabelecimento hospitalar da área de atuação e rede assistencial do plano, conforme Resolução Normativa Nº 490/2022, da ANS, ou outra que venha a substituí-la, nas seguintes situações:

- I. de hospital ou serviço de pronto-atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), localizado dentro da área de atuação e rede assistencial do plano, para hospital credenciado da GEAP;
- II. de hospital ou serviço de pronto-atendimento privado não credenciado, localizado dentro da área de abrangência geográfica e de atuação do plano, para hospital credenciado da GEAP;
- III. de hospital ou serviço de pronto-atendimento credenciado, localizado dentro da área de abrangência geográfica e de atuação do plano, para hospital credenciado, apenas quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem;
- IV. de hospital ou serviço de pronto-atendimento público ou privado não credenciado, localizado fora da área de abrangência geográfica e de atuação do plano contratado pelo beneficiário, para hospital credenciado apto a realizar o devido atendimento, apenas nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de abrangência geográfica e de atuação do plano do beneficiário e na indisponibilidade ou inexistência de prestador conforme normativo da ANS (planos regionais); e
- V. de hospital ou serviço de pronto-atendimento credenciado, localizado dentro da área de atuação do plano, para hospital credenciado, nos casos em que houver previsão contratual para atendimento em estabelecimento de saúde específico (rede referenciada).

Parágrafo único: Os serviços prestados de remoção inter-hospitalar e extra-hospitalar conforme previsto na Resolução Normativa Nº 490/2022, serão isentos de coparticipação.

CAPÍTULO III

Da Concessão do Reembolso de Remoção

Art. 45 O reembolso poderá ser concedido, nos limites contratuais, quando verificadas as seguintes situações:

- I. de urgência/emergência em que haja inexistência ou indisponibilidade de prestador credenciado, observada a área de abrangência geográfica e de atuação, do plano que ofereça o serviço, o reembolso será integral;
- II. de atendimento eletivo em que haja inexistência ou indisponibilidade de prestador credenciado na rede assistencial, que ofereça o serviço, observada a área de abrangência geográfica de atuação do plano e que a GEAP não consiga a disponibilização do serviço dentro dos prazos estabelecidos pela Resolução Normativa da ANS vigente na ocasião, o reembolso será integral; ou

- III. utilização dos serviços credenciados, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, desde que a impossibilidade de utilização da rede credenciada seja comprovada.

§ 1º Os procedimentos que preveem a cobrança de coparticipação, estas serão lançadas juntamente com a mensalidade.

§ 2º Nas hipóteses previstas neste artigo, a escolha do meio de transporte, após a devida solicitação do beneficiário à GEAP, deverá ficar a critério desta operadora, que deverá garantir os cuidados relacionados à condição de saúde do beneficiário.

CAPÍTULO IV

Da Solicitação de Reembolso de Remoção

Art. 46 Os beneficiários do plano poderão solicitar o reembolso da despesa de remoção em até 12 (doze) meses após a finalização do atendimento, mediante requerimento formal à GEAP e apresentação dos documentos originais.

- I. requisição de reembolso;
- II. relatório médico constando o quadro clínico do beneficiário e justificativa para a remoção;
- III. ficha de atendimento;
- IV. nota fiscal original.

Art. 47 O reembolso deve ser efetuado pela GEAP em até 30 (trinta) dias corridos, a contar da entrega da documentação completa.

TÍTULO VI

Das carências, Da Portabilidade de Carências, Das Garantias de Atendimento e Remoção nos Períodos de Carência

CAPÍTULO I

Das Carências

Art. 48 Para que o beneficiário tenha direito às coberturas oferecidas pelo plano, é exigido o cumprimento das seguintes carências a contar da data de inscrição no plano:

- I. para urgências e emergências: 24 (vinte e quatro) horas;
- II. consultas eletivas, exames e procedimentos básicos: 30 (trinta) dias;
- III. demais coberturas: 180 (cento e oitenta) dias;
- IV. para parto a termo: 300 (trezentos) dias, salvo nos casos de complicação no processo gestacional, quando se observará o prazo da ANS; e
- V. para rede acrescida, nos casos de migração de plano: 180 (cento e oitenta) dias para atendimento nos novos prestadores.

§ 1º A antecipação de contribuições mensais não abreviará os prazos de carências estipulados neste artigo.

§ 2º O filho natural recém-nascido ou o filho adotado pelo titular poderão ser inscritos no plano na condição de dependentes, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo genitor ou responsável legal, desde que as suas inscrições ocorram no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

§ 3º O menor de 12 (doze) anos adotado ou menor sob guarda ou tutela do beneficiário titular, poderão ser inscritos no plano em até 30 (trinta) dias a contar da adoção, guarda ou tutela, aproveitando os prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante, seja ele pai ou mãe, ou responsável legal, conforme o caso.

§ 4º Ao beneficiário oriundo de outra operadora em decorrência da expiração da cobertura assistencial por rescisão de convênio ou contrato coletivo, deverá observar as regras de portabilidade de carência constantes neste Regulamento no Capítulo II deste Título.

§ 5º Não será exigida qualquer forma de carência se a inscrição do beneficiário ocorrer dentro de 30 (trinta) dias da data de início de um novo convênio, inclusive por motivo de migração de carteira.

§ 6º É isento de carência o novo servidor ou empregado ocupante de cargo efetivo, e seus dependentes e grupo familiar, se a adesão ao plano de saúde ocorrer dentro de 60 (sessenta) dias do efetivo exercício.

§ 7º Aos beneficiários dependentes que perderem essa condição estará garantido o aproveitamento das carências já cumpridas para adesão ao plano na condição de beneficiário do grupo familiar, desde que faça a opção no prazo de até 30 (trinta) dias da exclusão e que estejam em dia com os seus pagamentos com a GEAP.

§ 8º Não estará obrigado ao cumprimento de nova carência, neste plano, o pensionista que se inscrever, nessa condição, dentro de 30 (trinta) dias da data do recebimento da comunicação inequívoca da unidade de recursos humanos da patrocinadora do titular à GEAP.

§ 9º Na migração de beneficiário para novo plano, quando for garantido o acesso a serviços de assistência à saúde não constantes do plano anterior, incluindo-se melhor padrão de acomodação em internações, será exigido novo período de carência apenas em relação a esses serviços de assistência à saúde acrescidos, ou apenas em relação ao melhor padrão de acomodação.

§ 10 Se o beneficiário titular ou do grupo familiar utilizar os serviços da rede de saúde contratada da GEAP no período de carência, este será responsável em arcar com o ônus integral das despesas provenientes desses atendimentos.

§ 11 Em caso de migração de beneficiário para outro plano da GEAP, deverá ser observado o descrito nos parágrafos 3º, 4º e 5º do artigo 20 deste Regulamento.

CAPÍTULO II

Da Portabilidade de Carências

Art. 49 Portabilidade de carências é o direito que o beneficiário tem de mudar de plano ou de operadora de plano de saúde, dispensado do cumprimento de períodos de carências relativos às coberturas já cumpridas no plano de origem, desde que, respeitado o tempo de permanência no plano de origem de no mínimo 2 (dois) anos para primeira portabilidade e para as portabilidades seguintes, mínimo de 1 (um) ano, conforme disposto na Resolução Normativa Nº 438/2018 da ANS, ou outra que venha a substituí-la.

§ 1º A portabilidade de carências deverá ser exercida individualmente pelo beneficiário.

§ 2º A portabilidade de carências poderá ser exercida por beneficiários que estiverem em gozo do período de remissão no plano de origem, podendo ser requerida após o término da remissão ou durante a remissão, sendo esta encerrada a partir do início da vigência do seu vínculo com o plano de destino.

§ 3º Caso o beneficiário esteja internado, a portabilidade de carências somente poderá ser requerida após a alta da internação, salvo nas seguintes situações:

- I. extinção do vínculo do beneficiário com o plano de origem;
- II. operadora em processo de cancelamento de registro; e
- III. nos casos de portabilidade extraordinária.

Art. 50 Para que o beneficiário tenha direito à portabilidade de carências, deverão ser atendidos simultaneamente os seguintes requisitos:

- I. estar com o vínculo ativo no plano de origem;
- II. estar adimplente na operadora de origem;
- III. ter cumprido prazo de permanência, conforme previsto no artigo 49 deste Regulamento;
- IV. o plano de origem deve ser regulamentado ou adaptado na Lei n. 9656/1998;
- V. ter vínculo com a Pessoa Jurídica contratante para os casos de planos de contratação coletiva.

Art. 51 Para fins de contagem do prazo de permanência nos casos em que tenha havido migração entre planos com coberturas idênticas, na mesma operadora, sem solução de continuidade, será considerado o período ininterrupto em que o beneficiário permaneceu vinculado ao plano de origem.

Art. 52 Não será exigível o prazo de permanência do recém-nascido, filho natural ou adotivo, menores de 12 (doze) anos, do beneficiário, titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, ou que tenha sido inscrito no plano de origem como dependente no prazo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção, para o exercício da portabilidade.

Art. 53 Ao ingressar no plano da GEAP, o beneficiário que esteve vinculado ao plano de origem, tendo havido o cumprimento das carências do plano de origem, poderá exercer a portabilidade de carências, porém estará sujeito ao cumprimento das regras do plano de destino descontado do tempo em que permaneceu no plano de origem.

Art. 54 No caso do plano da GEAP possuir coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem, será exigido do beneficiário o cumprimento dos períodos de carências, conforme previsto no artigo 48 deste Regulamento.

Art. 55 Os beneficiários que tiverem seu vínculo extinto com a GEAP serão comunicados sobre o direito ao exercício da portabilidade, indicando o valor da mensalidade do plano de origem, bem como, o início e fim de validade.

Art. 56 A GEAP, quando solicitada, fornecerá aos seus beneficiários, as informações referentes ao plano em que está vinculado, tais como: data de vinculação ao plano, número do registro da GEAP na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e número do registro do plano.

Seção I

Da Documentação Necessária

Art. 57 Para realizar a portabilidade de carências, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- I. comprovantes de pagamento das 3 (três) últimas mensalidades vencidas, ou declaração da operadora do plano de origem ou da Pessoa Jurídica contratante, ou qualquer outro documento hábil à comprovação do adimplemento do beneficiário;
- II. proposta de adesão assinada, ou contrato assinado, ou declaração da operadora do plano de origem ou da Pessoa Jurídica contratante, ou comprovantes de pagamento das mensalidades do prazo de permanência exigido, ou qualquer outro documento hábil à comprovação do prazo de permanência;
- III. relatório de compatibilidade entre o plano da operadora de origem e da operadora de destino do beneficiário ou número de protocolo de consulta de plano para portabilidade, ambos emitidos pelo Guia ANS de Planos de Saúde, ou ofício autorizativo emitido pela ANS, válido por 5 (cinco) dias a partir da emissão do número de protocolo; e
- IV. comprovação de vínculo com o órgão do plano de destino.

Art. 58 Quando o plano de origem e o plano de destino forem do tipo de contratação coletivo empresarial, não será exigível a compatibilidade por faixa de preço.

Art. 59 Ao exercer a portabilidade de carências para a GEAP, o beneficiário deverá solicitar a exclusão do seu vínculo com a Operadora do plano de origem no prazo de 5 (cinco) dias a partir da data do início da vigência do seu vínculo com a GEAP.

§ 1º A GEAP comunicará ao beneficiário sobre a obrigação da exclusão do plano de origem, e em caso de não atendimento, o beneficiário estará sujeito ao cumprimento dos períodos de carências cabíveis.

§ 2º Para o caso de utilização da portabilidade de carências para plano de outra Operadora, o beneficiário deverá pagar regularmente a sua mensalidade até que o vínculo com a GEAP seja extinto.

§ 3º No caso de a GEAP ser o plano de origem do beneficiário no uso da portabilidade, será adotada a cobrança pro rata para a última mensalidade ou, a devolução das diferenças pagas a maior, conforme o caso.

Art. 60 A portabilidade de carências será formalizada diretamente na Unidade Administrativa da GEAP ou na patrocinadora, estando a solicitação de portabilidade sujeita à análise no prazo de 10 (dez) dias.

Art. 61 Caso o beneficiário não atenda aos requisitos legais previstos nos artigos 49 a 60 deste Regulamento, a GEAP poderá recusar a solicitação de portabilidade de carências apresentando a devida justificativa.

Seção II

Da Portabilidade Especial e Extraordinária

Art. 62 A portabilidade de carências poderá ser exercida em decorrência da extinção do vínculo de beneficiário e deverá ser requerida no prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data da ciência pelo beneficiário da extinção do seu vínculo, não se aplicando os requisitos de vínculo ativo, de prazo de permanência e de compatibilidade por faixa de preço previstos, nas seguintes hipóteses:

- I. pelo beneficiário dependente e o beneficiário do grupo familiar, em caso de morte do titular, desde que haja comprovação com o órgão do plano de destino;
- II. pelo beneficiário dependente e o beneficiário do grupo familiar, em caso de perda da condição de dependência do beneficiário titular, sendo assegurado ao beneficiário o direito à manutenção das mesmas condições contratuais com a assunção das obrigações decorrentes, desde que haja comprovação com o órgão do plano de destino;
- III. pelo beneficiário titular, seus dependentes e beneficiários do grupo familiar, em caso de demissão, exoneração ou aposentadoria, tendo ou não contribuído financeiramente para o plano de origem, ou quando do término do período de manutenção da condição de beneficiário, garantida nos casos pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98; e
- IV. pelo beneficiário titular, seus dependentes e beneficiário do grupo familiar, em caso de rescisão do contrato coletivo por parte da operadora ou da Pessoa Jurídica contratante.

Art. 63 Os beneficiários de outras operadoras que estejam em processo de cancelamento do registro ou de Liquidação Extrajudicial da operadora, caso não seja possível a aplicabilidade das disposições da Resolução Normativa Nº 438/2018 da ANS, ou outra que venha a substituí-la, a ANS, poderá, por meio de Resolução Operacional, decretar a portabilidade extraordinária de carências, definindo as regras que deverão ser observadas para o exercício da portabilidade pelos beneficiários dessas operadoras.

CAPÍTULO III

Das Garantias de Atendimento no Período de Carência

Art. 64 Após 24 (vinte e quatro) horas da contratação do plano, será garantida a cobertura aos atendimentos de urgência e emergência. Em situações de emergência, o atendimento durante os períodos de carência poderá ser limitado às primeiras 12 (doze) horas. Já o atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal será garantido, sem restrições, após 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato, devendo ser observado:

- I. urgência por acidente pessoal: atendimento integral;
- II. urgência por outras causas, com carência para internação não cumprida: limitado às primeiras 12 (doze) horas;
- III. emergência com carência para internação não cumprida: atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas;
- IV. caso de urgência por complicações na gravidez, quando a beneficiária ainda está com carência para internação de 180 (cento e oitenta) dias não cumprida, o atendimento é limitado às primeiras 12 (doze) horas, não cabendo cobertura para internação.

§1º Quando o beneficiário ainda está com carência para internação não cumprida, o atendimento de urgência/emergência é limitado às primeiras 12 (doze) horas em regime ambulatorial, não cabendo cobertura para internação. Ultrapassado este prazo de 12 (doze) horas, ou quando verificada a necessidade de internação, cessa a responsabilidade financeira da operadora.

§2º Se não houver remoção devido ao risco de morte, o beneficiário e o hospital devem negociar a responsabilidade financeira da continuidade de assistência, ficando a operadora desobrigada desse dever.

CAPÍTULO IV

Das Garantias de Remoção no Período de Carência

Art. 65 Nos casos de urgência e de emergência, quando o beneficiário estiver em cumprimento do período de carência, será garantida a remoção interunidades de saúde (da unidade de origem para a unidade de destino), em ambulância terrestre, dentro da área geográfica de abrangência, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se que:

- I. quando o estado clínico não recomendar a remoção em virtude de risco de morte, o paciente ou seu responsável e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a GEAP desse ônus;
- II. caberá à GEAP o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários que garantam a continuidade do atendimento;
- III. a GEAP deverá disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o beneficiário quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber; e
- IV. quando o beneficiário ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no inciso II deste artigo, a GEAP estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

TÍTULO VII

Do Custeio, Contribuições e Coparticipações

CAPÍTULO I

Do Custeio

Art. 66 O custeio do plano GEAP BASIC I SC será aprovado anualmente pelo Conselho de Administração (CONAD) da GEAP, ou seu sucessor, com base em estudo atuarial.

§ 1º Independentemente do disposto no caput deste artigo, o custeio será avaliado por meio de estudo atuarial anualmente e sempre que ocorrerem eventos determinantes de alterações nas despesas do plano.

§ 2º Nas avaliações atuariais, deverá ser observada a relação entre as receitas e despesas do plano de forma a assegurar o equilíbrio econômico-atuarial de cada convênio ou contrato.

§ 3º Não poderá ser aprovado custeio cuja avaliação atuarial indique ser insuficiente para o atendimento das coberturas previstas neste Regulamento.

§ 4º É vedado o reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudanças de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei Nº 9. 656/98, observado o aniversário do convênio ao qual o titular esteja vinculado.

§ 5º Fica vedado o reajuste diferenciado em um mesmo convênio, para beneficiários inscritos no plano GEAP BASIC I SC.

Art. 67 O plano GEAP BASIC I SC terá como fontes de custeio:

- I. contraprestações pecuniárias definidas em função da faixa etária do beneficiário titular ou de seus dependentes, observando-se a Resolução publicada anualmente pelo Conselho de Administração da GEAP – CONAD ou seu sucessor, sendo rateada entre a patrocinadora e o beneficiário da seguinte forma:
 - a) valor referente ao per capita;
 - b) contribuição/mensalidade do beneficiário; e
 - c) coparticipações nos custos dos procedimentos utilizados no atendimento ambulatorial, hospitalar e odontológico dos beneficiários, na forma estabelecida no Anexo I deste Regulamento;
- II. outras receitas, dotações, doações e legados destinados ao plano GEAP BASIC I SC; e
- III. a variação da contribuição/mensalidade individual em razão da mudança de faixa etária somente deverá incidir quando o beneficiário completar a idade limite, ou seja, no mês do seu aniversário.

§ 1º Caberá ao titular, responsável pelo Formulário de Adesão, o pagamento das contribuições/mensalidades e coparticipações integrais relativas ao tratamento, seu e/ou de seus dependentes.

§ 2º Caberá ao beneficiário do grupo familiar que tenha idade igual ou superior a 18 (dezoito) anos, ou o responsável legal do beneficiário considerado menor ou incapaz, o pagamento das contribuições/mensalidades e coparticipações integrais relativas ao seu tratamento.

CAPÍTULO II

Das Contribuições

Art. 68 As contribuições serão cobradas mediante desconto em folha de pagamento, Título de Cobrança Bancária (TCB) ou outro instrumento de cobrança, observado o disposto no Convênio por Adesão ao qual o titular estiver vinculado.

§ 1º Na impossibilidade de a cobrança das contribuições mensais serem efetuadas pela folha de pagamento, a cobrança será realizada mediante Título de Cobrança Bancária (TCB) ou qualquer outro meio hábil e idôneo de cobrança, com o vencimento até o 5º (quinto) dia útil de cada mês.

§ 2º Em caso de não pagamento das contribuições/mensalidades na data de vencimento, o valor devido será corrigido com juros diários de 0,033% (zero vírgula zero trinta e três por cento) e multa de 2% (dois por cento) sobre o valor devido.

§ 3º A primeira contribuição/mensalidade será calculada pro rata temporis, ou seja, proporcionalmente aos dias de cobertura no referido mês e poderá ser cobrada conforme disposto no caput.

§ 4º A primeira contribuição/mensalidade mencionada no parágrafo 3º deste artigo diz respeito ao primeiro ingresso ou à reativação ao plano contratado.

§ 5º Na hipótese da exclusão do beneficiário, a última contribuição/mensalidade será calculada pro rata temporis pelos dias de cobertura do mês da exclusão, conforme o caso.

§ 6º O valor integral do plano GEAP BASIC I SC corresponde à soma dos valores de repasses per capita e contribuições mensais, definidas em Convênio por Adesão, realizados respectivamente pela patrocinadora e beneficiários da GEAP.

§ 7º A contribuição/mensalidade dos beneficiários que optarem em aderir à condição de autopatrocinado corresponderá ao valor da contribuição/mensalidade do beneficiário adicionada ao valor do per capita da patrocinadora, em virtude da perda do vínculo com a patrocinadora.

§ 8º O pagamento da contribuição/mensalidade dos autopatrocinados será realizado por meio de Título de Cobrança Bancária (TCB), cujo vencimento será até o 5º (quinto) dia útil de cada mês.

§ 9º A contribuição/mensalidade e a coparticipação, caso haja, deverão ser liquidadas pelo titular, pelo beneficiário do grupo familiar maior de 18 (dezoito) anos, ou responsável financeiro até a data de vencimento, e a não realização destes pagamentos poderão acarretar o cancelamento da inscrição prevista no inciso V do artigo 13, bem como o registro do CPF do titular e/ou responsável financeiro nos órgãos de proteção ao crédito.

CAPÍTULO III

Das Coparticipações

Art. 69 Para o titular, dependentes e grupo familiar, as coparticipações nos custos dos procedimentos utilizados nos atendimentos ambulatorial e hospitalar serão apuradas mensalmente a partir de tabela específica tomando-se como base os procedimentos realizados, sendo pagos, em valores mensais de acordo com os critérios estabelecidos neste Regulamento.

§ 1º A cobrança da coparticipação dos beneficiários copatrocinados, corresponderá ao limite de até 30% (trinta por cento) da remuneração, conforme estipulado no convênio ao qual o titular estiver vinculado.

§ 2º As coparticipações a que se referem este artigo serão cobradas, mediante desconto em folha de pagamento, Título de Cobrança Bancária – TCB ou outro instrumento de cobrança, observado o disposto no convênio ao qual o titular estiver vinculado.

§ 3º Quando da exclusão do beneficiário copatrocinado do plano GEAP BASIC I SC, o saldo devedor de coparticipação será cobrado mensalmente, em até 30% (trinta por cento) da última remuneração apurada, observado os meios de cobrança elencados no parágrafo 2º deste artigo.

§ 4º Na impossibilidade de a cobrança ser efetuada em folha de pagamento, por ausência de margem consignável, perda de vínculo com a patrocinadora ou outro motivo que impeça o desconto, a cobrança será realizada mediante título de cobrança bancária (TCB) ou qualquer outro meio hábil e idôneo de cobrança, sendo o seu vencimento até o 5º (quinto) dia útil de cada mês.

§ 5º Caso o beneficiário copatrocinado perca o vínculo com a patrocinadora e opte em permanecer como autopatrocinado, haverá a continuidade da cobrança de até 60% (sessenta por cento) do valor correspondente à última contribuição/mensalidade vigente no ato da cobrança e em caso de exclusão do beneficiário, será cobrado 100% (cem por cento) do saldo devedor de coparticipação.

§ 6º No caso dos beneficiários que optarem em aderir à condição de autopatrocinado em razão da perda do vínculo com a patrocinadora, o pagamento da contribuição/mensalidade e coparticipação será realizado por meio de Título de Cobrança Bancária (TCB), sendo o seu vencimento até o 5º (quinto) dia útil de cada mês.

Art. 70 Para o grupo familiar, as coparticipações nos custos dos procedimentos utilizados nos atendimentos ambulatoriais e hospitalares dos beneficiários, serão apuradas mensalmente e cobradas até o limite de 60% (sessenta por cento) do valor da contribuição/mensalidade.

Parágrafo único. Em caso de exclusão do beneficiário, será cobrado 100% (cem por cento) do saldo devedor de coparticipação.

Art. 71 O saldo devedor de coparticipação poderá ser cobrado mensalmente, de forma gradativa, conforme os limites percentuais estipulados neste capítulo e de acordo com o convênio ao qual o beneficiário estiver vinculado.

Art. 72 As coparticipações oriundas da realização dos procedimentos ou eventos realizados pelos beneficiários terão como base a incidência dos valores estabelecidos no Convênio por Adesão ao qual são vinculados ou, na ausência de negociação específica, será aplicada a cobrança padrão estabelecida neste Regulamento (Anexo IV).

TÍTULO VIII

Do Direito, Da Concessão, Da Solicitação e Da Coparticipação do Reembolso

CAPÍTULO I

Do Direito à solicitação de Reembolso

Art. 73 Para ter direito à solicitação do reembolso, o titular, o dependente ou o beneficiário do grupo familiar, maior de 18 (dezoito) anos, deverá estar com inscrição ativa no cadastro da GEAP no ato da realização do procedimento, em consonância com as determinações da ANS, observada a área de abrangência geográfica e de atuação, bem como de rede específica do plano.

Art. 74 Em caso de óbito do titular, o reembolso poderá ser solicitado por terceiro e caso deferido, será pago ao representante do espólio ou a quem o juiz determinar, mediante apresentação de alvará judicial ou escritura pública de inventário ou de sobrepartilha, que discrimine os valores de reembolso que o titular falecido faz jus, devendo ser fornecida pela GEAP uma declaração que comprove os valores devidos.

Parágrafo único - A apresentação do alvará judicial deverá ser feita dentro do prazo prescricional disposto no Código Civil.

Art. 75 Em caso de o titular estar impossibilitado das suas faculdades físicas e/ou mentais para requerer o reembolso, o pedido poderá ser feito pelo representante legal, que deverá apresentar termo de curatela válido a quem o juiz determinar.

Art. 76 O reembolso poderá ser concedido ao executor das despesas, que não se enquadre na figura de representante legal, mediante a apresentação de procuração pública registrada em cartório e com poderes específicos, além de documento fiscal emitido em nome do executor das despesas que conste o nome do beneficiário que realizou os procedimentos.

CAPÍTULO II

Da Concessão do Reembolso

Art. 77 O reembolso poderá ser concedido, nos limites contratuais, quando verificadas as seguintes situações:

- I. de urgência/emergência em que haja inexistência ou indisponibilidade de prestador da rede credenciada, que ofereça o serviço ou o procedimento, observada a área de abrangência geográfica e de atuação, bem como de rede específica do plano, o reembolso será integral. Os procedimentos de internações que preveem a cobrança de coparticipação, estas serão lançadas juntamente com a mensalidade; e
- II. de atendimento eletivo em que haja inexistência ou indisponibilidade de prestador credenciado na rede assistencial, que ofereça o serviço ou procedimento, em conformidade com a cobertura do plano contratado, observada a área de abrangência geográfica e de atuação, bem como da rede específica do plano e que a GEAP

consiga a disponibilização do serviço dentro dos prazos estabelecidos pela Resolução Normativa da ANS vigente na ocasião do atendimento, comprovado, mediante apresentação do protocolo de atendimento emitido pela GEAP, o reembolso será integral.

Parágrafo único. Os procedimentos que preveem a cobrança de coparticipação, estas serão lançadas juntamente com a mensalidade.

CAPÍTULO III

Da Solicitação de Reembolso

Art. 78 Os beneficiários do plano poderão solicitar o reembolso das despesas em até 12 (doze) meses após a finalização do atendimento, mediante solicitação formal à GEAP e apresentação dos documentos descritos no anexo III.

Parágrafo único. Nos casos de direito a reembolso previsto neste Regulamento, poderão requerê-lo:

- a) o beneficiário, se maior de 18 (dezoito) anos;
- b) representante do espólio ou a quem o juiz determinar, mediante a apresentação da competente documentação comprobatória;
- c) o titular, em caso de beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, ou o representante legal, mediante documentação comprobatória, em caso de óbito do titular;
- d) o procurador do beneficiário que detenha procuração pública com poderes específicos, desde que a Procuração esteja dentro do prazo de validade ou tenha sido emitida em até 12 (doze) meses ou mediante a apresentação de Certidão de Atualização da Procuração;
- e) o executor da despesa que não seja o beneficiário, desde que apresente documento fiscal emitido em seu nome e conste, no corpo da nota fiscal, o nome do beneficiário que realizou o procedimento.

Art. 79 Para solicitação de reembolso será necessária a apresentação de formulário de Requerimento de Reembolso (RR), disponível no sítio eletrônico da GEAP (<http://www.geap.org.br>), devidamente preenchido, juntamente com a documentação original do atendimento, constante no Anexo III.

Art. 80 A GEAP dispõe dos canais para solicitação de reembolso médico e odontológico, quais sejam: atendimento presencial, correios e ferramenta WEB. As solicitações serão analisadas e concluídas no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data de apresentação da documentação completa.

§1º Nas situações em que o solicitante apresentar documentação incompleta, será enviada notificação, juntamente com o número de protocolo de atendimento, contendo a justificativa da impossibilidade da abertura do processo de reembolso, bem como a lista dos documentos pendentes.

§2º Todas as notas fiscais deverão estar devidamente liquidadas. Não serão aceitos recibos de pagamentos a autônomos (RPA), bem como recibos provisórios e/ou temporários; nota de serviço ou nota de débito; duplicata e nota fiscal sem quitação.

Art. 81 Nos casos em que o solicitante não dispuser do formulário de Requerimento de Reembolso (RR), a solicitação poderá ser feita por meio de requerimento próprio, desde que nele esteja contido nome, número do Cartão de Identificação do Beneficiário (CIB), endereço e telefone para contato e dados bancários da conta a ser creditado o reembolso, caso se trate do próprio beneficiário.

Art. 82 Após o processamento das guias específicas para reembolso, o pagamento dos valores devidos será realizado na conta bancária do beneficiário ou de seu representante legal, mediante apresentação da procuração pública, expedida pelo beneficiário, devidamente registrada em cartório, com poderes específicos para receber o reembolso. Em caso de óbito do

beneficiário, o reembolso será concedido ao representante do espólio ou a quem o juiz determinar, mediante alvará judicial do responsável pelas despesas.

Parágrafo único. Nos casos de beneficiários menores de 18 anos o ressarcimento se dará na conta do representante legal ou por seus tutores, mediante apresentação de documentação comprobatória.

Art. 83 Nos casos de indeferimento do pedido de reembolso, o beneficiário poderá reapresentar a solicitação com pedido de reanálise, dentro do prazo decadencial de 12 (doze) meses, conforme previsto no art. 77 deste Regulamento.

Art. 84 A solicitação de revisão prevista no artigo anterior, deverá conter as justificativas e/ou apresentação de novos documentos e será considerado um novo processo, sendo gerado novo número de protocolo.

Art. 85 A partir da finalização do registro, todo o acompanhamento do reembolso se dará por meio do número de protocolo emitido pela GEAP, ou pelo CPF do beneficiário, por meio do sítio eletrônico da GEAP (<http://www.geap.org.br>) ou pela Central Nacional de Teleatendimento da GEAP.

CAPÍTULO IV

Da Coparticipação do Reembolso

Art. 86 Após análise da solicitação de reembolso pela GEAP, em caso de deferimento, haverá incidência de cobrança de coparticipação sobre o valor do reembolso correspondente aos serviços/procedimentos realizados pelo beneficiário, observadas as mesmas regras de cobrança de coparticipação previstas neste Regulamento, Anexo IV.

TÍTULO IX

CAPÍTULO ÚNICO

Do Mecanismo de Regulação

Art. 87 A GEAP adotará, como mecanismo de regulação no plano GEAP BASIC I SC, a autorização prévia para os procedimentos e serviços em saúde, observada a área de abrangência geográfica e de atuação, bem como rede específica do plano.

§ 1º A avaliação da autorização dos procedimentos que exigem autorização prévia deverá ocorrer conforme as Resoluções da Agência Reguladora (ANS) que preconiza a garantia de atendimento contados a partir do momento da solicitação no sistema da GEAP, sendo facultada à Fundação a solicitação de laudos e documentos equivalentes que justifiquem o procedimento, bem como resultados de exames complementares para subsidiar o pedido médico.

§ 2º Os procedimentos e serviços em saúde solicitados serão realizados por profissionais devidamente habilitados, uma vez que existem procedimentos que poderão ser realizados por mais de uma área da ciência da saúde com a respectiva indicação do diagnóstico e justificativas para o procedimento proposto.

§ 3º Todas as solicitações de procedimentos, que necessitem de autorização prévia, dentre eles: cirúrgicos, tratamentos seriados, hemodiálise, quimioterápicos, radioterapias, exames e serviços em saúde devem ser solicitadas no sistema da GEAP pelo prestador de serviços, beneficiário ou profissional assistente e, deverá vir acompanhado de um pedido (médico e/ou odontológico) correspondente, datado e assinado pelo profissional assistente e com a descrição dos procedimentos e/ou exames a serem realizados, bem como sua indicação clínica.

§ 4º As internações eletivas ou programadas e demais procedimentos que necessitem de autorização prévia pela GEAP, seguirão os prazos e critérios da Resolução Normativa Nº 566/2022, da ANS, ou da norma que eventualmente a substitua.

§ 5º Os pedidos de Órteses e Próteses e de Materiais Especiais (OPME) ligados ao ato cirúrgico dependerão de autorização prévia da GEAP quando solicitados para procedimentos eletivos e cirurgias programadas.

§ 6º A avaliação da autorização dos procedimentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) que exigem autorização prévia deverá ocorrer nos prazos conforme as resoluções normativas adotadas pela ANS que preconizam a garantia de atendimento contados a partir do momento da solicitação.

§ 7º A contagem do prazo estabelecido no parágrafo anterior iniciar-se-á da data do envio, pelo prestador de serviços ou profissional assistente no sistema da GEAP.

§ 8º Em caso de divergência médica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse ocorrerá conforme preconiza a Resolução Normativa Nº 424/2017 da ANS, ou outra que venha a substituí-la.

§ 9º Nos casos de atendimento caracterizado como urgência/emergência, o beneficiário deverá ser atendido independentemente de autorização prévia da GEAP, cabendo ao prestador de serviços providenciar na GEAP a regularização do atendimento no prazo máximo de 72 (setenta e duas) horas corridas, juntamente com o envio da documentação que justifique a caracterização de urgência/emergência.

§ 10 Os pedidos de Órteses, Próteses e de Materiais Especiais (OPME) ligados ao ato cirúrgico, para os casos de urgência/emergência, situação em que poderá ocorrer a utilização sem autorização prévia da GEAP, cabendo ao prestador de serviços providenciar na GEAP a regularização do material utilizado no prazo máximo de 72 (setenta e duas) horas corridas após a realização do evento, juntamente com o envio da documentação que justifique a caracterização de urgência/emergência.

§ 11 Materiais, medicamentos, órteses e próteses que tenham cobertura do plano serão autorizados quando pertinentes para o caso e conforme seu registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Caso o beneficiário opte por utilizar item diverso daquele autorizado, deverá fazê-lo mediante negociação direta com o prestador, sem qualquer envolvimento ou ônus para a GEAP.

§ 12 A avaliação dos pedidos de autorização para as sessões de tratamentos seriados ocorrerá conforme disposto nos artigos 24, 25 e 26 deste Regulamento.

§ 13 Poderá ser instaurado o processo de junta médica para dirimir divergência técnico-assistencial sobre o procedimento ou evento em saúde a ser coberto pela operadora.

TÍTULO X

CAPÍTULO ÚNICO

Das Disposições Finais

Art. 88 O plano GEAP BASIC I SC é um plano com recursos próprios, sendo suas receitas e despesas registradas em conta específica.

Art. 89 Em caso de extinção do plano GEAP BASIC I SC, depois de liquidados os seus compromissos, o Conselho de Administração da GEAP - CONAD, ou seu sucessor, definirá a destinação do eventual recurso remanescente.

Art. 90 Serão descontadas integralmente do titular ou do beneficiário do grupo familiar, as despesas que, sob sua responsabilidade, caracterizarem uso indevido do plano GEAP BASIC I SC, independentemente das sanções cíveis e penais cabíveis e de outras medidas previstas neste Regulamento.

Parágrafo único. Caracteriza-se como uso indevido do plano GEAP BASIC I SC:

- I. a utilização fraudulenta de documentos e formulários do plano GEAP BASIC I SC;
- II. a utilização do Cartão de Identificação do Beneficiário (CIB), por beneficiários cancelados e/ou por terceiros;
- III. fornecimento de login e senha para solicitação de reembolso; e
- IV. solicitação de reembolso sem o devido pagamento dos serviços realizados.

Art. 91 Ressalvados os casos de cobrança indevida, não serão restituídas contribuições ou demais pagamentos realizados em nome dos beneficiários para o plano GEAP BASIC I SC.

Art. 92 Os Formulários de Adesão, Reativação e Migração estão disponíveis a todos os beneficiários no sítio da GEAP na internet www.geap.org.br, pela Central Nacional de Teletendimento da GEAP, ou ainda, na Unidade Administrativa da GEAP.

Art. 93 Os casos omissos e não previstos neste Regulamento serão deliberados pelo Conselho de Administração (CONAD) da GEAP ou seu sucessor.

Art. 94 Este Regulamento entrará em vigor, depois de aprovado pelo Conselho de Administração (CONAD) da GEAP.

ANEXO I

RELAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DE ABRANGÊNCIA E DE ATUAÇÃO

Plano	Área de atuação (Disponibilização)
GEAP BASIC I SC	Santo Amaro da Imperatriz, São Francisco do Sul, São José, São Pedro de Alcântara, Tijucas, Timbó, Tubarão, Urussanga, Antônio Carlos, Araquari, Balneário Camboriú, Barra Velha, Biguaçu, Blumenau, Bombinhas, Braço do Norte, Camboriú, Capivari de Baixo, Criciúma, Florianópolis, Garopaba, Gaspar, Governador Celso Ramos, Içara, Imbituba, Indaial, Itajaí, Itapema, Joinville, Laguna, Lauro Muller, Navegantes, Orleans, Palhoça, Penha, Balneário Piçarras, Pomerode, Porto Belo

ANEXO II

DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO/REATIVAÇÃO NO PLANO

TITULARES	DOCUMENTOS (ENTREGAR NO RH DA CONVENIADA)
Copatrocinado – Servidor ou empregado ativo, inativo, incluindo na folha de pagamento da patrocinadora e o ocupante de cargo em comissão, enquanto permanecer em exercício	• formulário de adesão ou reativação ao plano; • cópia de documento de identificação do pretendo beneficiário (RG, carteira de habilitação, ou equivalente ou cópia da certidão de nascimento); • cópia do CPF; • comprovante de residência com CEP válido; e • tutorização da conveniada.

Autopatrocinado - por perda de vínculo com a patrocinadora *	• formulário de manutenção - beneficiário autopatrocinado titular ou formulário de reativação ao plano (*); • cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, carteira de habilitação, ou equivalente ou cópia da certidão de nascimento); • cópia do CPF; • comprovante de residência com CEP válido; • cópia da Portaria de exoneração do servidor regido pela Lei 8.112/90 ou cópia da rescisão do contrato de trabalho do empregado regido pela CLT; • cópia do último contracheque recebido na conveniada; • cópia do comprovante de recebimento de benefício pelo INSS, se aposentado do Regime Geral de Previdência Social (CLT); e • comprovante de comunicação inequívoca emitida pela conveniada.
Autopatrocinado – Servidor em licença sem vencimentos ou de contrato temporário	• formulário de adesão ou reativação ao plano; • cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, carteira de habilitação, ou equivalente ou cópia da certidão de nascimento); • cópia do CPF; • comprovante de residência com CEP válido; • cópia da portaria que autoriza a licença sem vencimentos; • cópia do último contracheque recebido na conveniada; e • comprovante de comunicação inequívoca emitida pela conveniada; ou • cópia do contrato de trabalho com o órgão conveniado; e • cópia do último contracheque recebido na conveniada.
DEPENDENTES	DOCUMENTOS (ENTREGAR NO RH DA CONVENIADA)
Cônjuge	• formulário de adesão ou reativação ao plano; • cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, carteira de habilitação, ou equivalente ou cópia da certidão de nascimento); • cópia do CPF; • comprovante de residência com CEP válido; • cópia da identidade do(a) titular; • cópia da certidão de casamento; e • autorização da conveniada.
Companheiro(a)	• formulário de adesão ou reativação ao plano; • cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, carteira de habilitação, ou equivalente ou cópia da certidão de nascimento); • cópia do CPF; • comprovante de residência com CEP válido; • cópia da identidade do(a) titular; • comprovação de união estável (**); e • autorização da conveniada.
Pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a sua União Estável reconhecida e dissolvida judicialmente	• formulário de adesão ou reativação ao plano; • cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, carteira de habilitação, ou equivalente ou cópia da certidão de nascimento);

	• cópia do CPF; • comprovante de residência com CEP válido; • cópia da identidade do(a) titular; • cópia da certidão de casamento com averbação da separação judicial ou divórcio em que conste a percepção de alimentos, ou documento(s) comprobatório(s) do reconhecimento e dissolução da união estável heteroafetiva ou homoafetiva, conforme o caso; • documento comprobatório da percepção de pensão alimentícia; e • autorização da conveniada.
Filhos(as) e Enteados(as) até a idade de 21 anos incompletos	• formulário de adesão ou reativação ao plano; • cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, carteira de habilitação, ou equivalente ou cópia da certidão de nascimento, se menor de 18 anos); • cópia do CPF; • comprovante de residência com CEP válido; • cópia da identidade do(a) titular; • cópia da certidão de casamento ou comprovação de união estável (enteadado/a) (**); e • autorização da conveniada.
Filhos(as) e Enteados(as), estudantes, com idade entre 21 e 24 anos	• formulário de adesão ou reativação ao plano; • cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, carteira de habilitação, ou equivalente ou cópia da certidão de nascimento); • cópia do CPF; • comprovante de residência com CEP válido; • cópia da identidade do(a) titular; • documento comprobatório de matrícula em curso regular reconhecido pelo ministério da educação – MEC; • comprovação de dependência econômica (**); • cópia da certidão de casamento ou comprovação de união estável (enteadado/a) (**); e • autorização da conveniada.
Filhos(as) e Enteados(as) Inválidos	• formulário de adesão ou reativação ao plano; • cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, carteira de habilitação, ou equivalente ou cópia da certidão de nascimento); • cópia do CPF; • comprovante de residência com CEP válido; • cópia da identidade do(a) titular; • documento comprobatório da invalidez, emitido por perito oficial em saúde; • cópia da certidão de casamento ou comprovação de união estável (Enteadado/a) (**); e • autorização da conveniada.
Criança ou Adolescente sob Guarda ou Tutela	• formulário de adesão ou reativação ao plano; • cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, carteira de habilitação, ou equivalente ou cópia da certidão de nascimento o); • cópia do CPF; • comprovante de residência com CEP válido;

	• cópia da identidade do(a) titular; • termo de guarda, definitivo ou provisório, tutela, ou sentença judicial proferidas por juiz competente, vinculando a guarda/tutela da criança ou adolescente ao titular; e • autorização da conveniada.
GRUPO FAMILIAR	DOCUMENTOS
Enteado(a) do(a) Titular	• formulário de adesão ou reativação ao plano; • cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, carteira de habilitação, ou equivalente ou cópia da certidão de nascimento); • cópia do CPF; • comprovante de residência com CEP válido; • cópia da identidade do(a) titular; e • cópia da certidão de casamento ou comprovação de companheirismo do(a) genitor(a) do enteado(a) com o titular (**).
Cônjuge ou Companheiro(a) do(a) Filho(a) do(a) Titular	• formulário de adesão ou reativação ao plano; • cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, carteira de habilitação, ou equivalente ou cópia da certidão de nascimento); • cópia do CPF; • cópia da identidade do(a) titular; • comprovante de residência com CEP válido; e • cópia da certidão de casamento ou comprovação de companheirismo com o(a) filho(a) do(a) titular (**).
Cônjuge ou Companheiro(a) do(a) Enteado(a) do(a) Titular *	• formulário de adesão ou reativação ao plano; • cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, carteira de habilitação, ou equivalente ou cópia da certidão de nascimento); • cópia do CPF; • cópia da identidade do(a) titular; • comprovante de residência com CEP válido; • cópia da certidão de casamento ou comprovação de companheirismo do(a) genitor(a) do enteado(a) com o titular (**); e • cópia da certidão de casamento ou comprovação de companheirismo com enteado(a) do(a) titular (**).
Neto(a) do(a) Titular	• formulário de adesão ou reativação ao plano; • cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, carteira de habilitação, ou equivalente ou cópia da certidão de nascimento); • se for utilizado cópia da identidade do(a) neto(a) do(a) titular, deverá ser apresentado também cópia da identidade do(a) filho(a) do(a) titular, genitor(a) do(a) neto(a); • cópia do CPF; • cópia da identidade do(a) titular; e • comprovante de residência com CEP válido.
Enteado(a) do filho(a) do(a) Titular *	• formulário de adesão ou reativação ao plano; • cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, carteira de habilitação, ou equivalente ou cópia da certidão de nascimento);

	• cópia do CPF; • cópia da identidade do(a) titular; • comprovante de residência com CEP válido; • cópia da certidão de casamento ou comprovação de companheirismo do(a) genitor(a) do enteado(a) com o(a) filho(a) do(a) titular (**); e • cópia da identidade do(a) titular.
Enteado(a) do(a) Titular *	• formulário de adesão ou reativação ao plano; • cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, carteira de habilitação, ou equivalente ou cópia da certidão de nascimento); • cópia do CPF; • cópia da identidade do(a) titular; • cópia da certidão de casamento ou comprovação de companheirismo do(a) genitor(a) do enteado(a) com o(a) titular (**); e • comprovante de residência com CEP válido.
Irmão(ã) do(a) Titular	• formulário de adesão ou reativação ao plano; • cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, carteira de habilitação, ou equivalente ou cópia da certidão de nascimento), constando o nome de pelo menos um dos genitores do(a) titular; • cópia do CPF; • cópia da identidade do(a) titular; e • comprovante de residência com CEP válido.
Cunhado(a)do(a) Titular *	Cônjuge ou companheiro(a) do irmão(ã) do(a) titular: • formulário de adesão ou reativação ao plano; • cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, carteira de habilitação, ou equivalente ou cópia da certidão de nascimento); • cópia do CPF; • cópia da certidão de casamento ou comprovação de companheirismo do(a) cônjuge ou companheiro(a) com o(a) irmão(ã) do(a) titular (**); • cópia da identidade do(a) titular; e • comprovante de residência com CEP válido. Irmão (ã) do cônjuge ou companheiro(a) do(a) titular: • formulário de Adesão ou Reativação ao plano; • cópia da certidão de casamento ou comprovação de companheirismo do(a) titular (**); • cópia de documento de identificação (RG, carteira de habilitação, ou equivalente ou cópia da certidão de nascimento), do(a) cônjuge ou companheiro(a) do(a) titular e do seu irmão(ã), constando o nome de pelo menos um de seus genitores; • cópia do CPF; • cópia da identidade do(a) titular; e • comprovante de residência com CEP válido.

Sobrinho(a) do(a) Titular *	<u>Por consanguinidade</u> Filho(a) do Irmão(ã) do(a) titular: • formulário de adesão ou reativação ao plano; • cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, carteira de habilitação, ou equivalente ou cópia da certidão de nascimento); • cópia do CPF; • cópia da identidade (RG, carteira de habilitação ou equivalente) do(a) irmão(ã) do(a) titular constando o nome de pelo menos um dos genitores do(a) titular; • cópia da identidade do(a) titular; e • comprovante de residência com CEP válido.
Pai do(a) Titular	• formulário de adesão ou reativação ao plano; • cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, carteira de habilitação, ou equivalente ou cópia da certidão de nascimento); • cópia do CPF; • cópia da identidade do(a) titular constando o nome de seus genitores; • comprovação de dependência econômica (**); e • comprovante de residência com CEP válido.
Padrasto do(a) Titular	• formulário de adesão ou reativação ao plano; • cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, carteira de habilitação, ou equivalente ou cópia da certidão de nascimento); • cópia do CPF; • cópia da identidade do(a) titular constando o nome de seus genitores; • cópia certidão de casamento ou comprovação de companheirismo da genitora com o padrasto do(a) titular; • comprovação de dependência econômica (**); e • comprovante de residência com CEP válido.
Mãe do(a) Titular	• formulário de adesão ou reativação ao plano; • cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, carteira de habilitação, ou equivalente ou cópia da certidão de nascimento); • cópia do CPF; • cópia da identidade do(a) titular constando o nome de seus genitores; • comprovação de dependência econômica (**); e • comprovante de residência com CEP válido.
Madrasta do(a) Titular	• formulário de adesão ou reativação ao plano; • cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, carteira de habilitação, ou equivalente ou cópia da certidão de nascimento); • cópia do CPF; • cópia da identidade do(a) titular constando o nome de seus genitores;

	• cópia certidão de casamento ou comprovação de companheirismo do genitor com a madrasta do(a) titular; • comprovação de dependência econômica (**); e • comprovante de residência com CEP válido.
Sogra e sogra do(a) Titular*	• formulário de adesão ou reativação ao plano; • cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, carteira de habilitação, ou equivalente ou cópia da certidão de nascimento); • cópia do CPF; • cópia da identidade do(a) titular; • cópia da certidão de casamento ou comprovação de companheirismo do(a) titular, se companheiro(a) deverá ser apresentado cópia da identidade deste(a) (**); • cópia da certidão de casamento ou comprovação de companheirismo com o(a) pai ou a mãe do(a) cônjuge ou companheiro(a) do(a) titular, quando se tratar de madrasta ou padrasto do(a) cônjuge ou companheiro(a) do(a) titular (**); e • comprovante de residência com CEP válido.
Tio e Tia do(a) Titular *	<u>Por consanguinidade</u> Irmão(ã) do(a) pai ou da mãe do(a) titular: • formulário de adesão ou reativação ao plano; • cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, carteira de habilitação, ou equivalente ou cópia da certidão de nascimento); • cópia do CPF; • cópia de documento do pai ou da mãe do(a) titular, em que conste seus genitores, devendo coincidir pelo menos um deles com os genitores do tio(a) do titular; • cópia da identidade do(a) titular; e • comprovante de residência com CEP válido.
Bisneto(a)do(a) Titular *	<u>Por consanguinidade</u> Filho(a) do(a) neto(a) do(a) titular: • formulário de adesão ou reativação ao plano; • cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, carteira de habilitação, ou equivalente ou cópia da certidão de nascimento); • cópia do CPF; • se for utilizado cópia da Identidade do(a) bisneto(a) do(a) titular deverá ser apresentado também cópia da identidade do(a) neto(a) do(a) titular, genitor(a) do(a) bisneto(a); • cópia da identidade do(a) filho(a) do(a) titular, genitor(a) do neto(a); • cópia da identidade do (a) titular; e • comprovante de residência com CEP válido.
Criança ou Adolescente sob guarda ou tutela do(a) Titular *	<u>Vinculado ao Titular:</u> • formulário de adesão ou reativação ao plano;

	• cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, carteira de habilitação, ou equivalente ou cópia da certidão de nascimento); • cópia do CPF; • cópia da identidade do(a) titular; • termo de guarda, definitivo ou provisório, tutela ou sentença judicial proferidas por juiz competente, vinculando a guarda/tutela da criança ou adolescente ao titular; e • comprovante de residência com CEP válido. <u>Vinculado ao cônjuge ou companheiro(a):</u> • formulário de adesão ou reativação ao plano; • cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, carteira de habilitação, ou equivalente ou cópia da certidão de nascimento); • cópia do CPF; • cópia da Identidade do(a) Titular; • termo de guarda, definitivo ou provisório, tutela ou sentença judicial proferidas por juiz competente, vinculando a guarda/tutela da criança ou adolescente ao cônjuge ou companheiro(a) do(a) titular; e • comprovante de residência com CEP válido.
Primo(a) do(a) Titular *	<u>Por consanguinidade</u> Filho(a) do(a) irmão(ã) do(a) pai ou da mãe do(a) titular: • formulário de adesão ou reativação ao plano; • cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, carteira de habilitação, ou equivalente ou cópia da certidão de nascimento); • cópia do CPF; • cópia da identidade do(a) titular; • cópia da identidade do (a) titular que consta o nome dos genitores; • cópia da identidade do tio(a) do(a) titular; • cópia de documento do pai ou da mãe do(a) titular, em que conste seus genitores, devendo coincidir pelo menos um deles com os genitores do tio(a) do titular; e • comprovante de residência com CEP válido;
Sobrinho(a) Neto(a) do(a) Titular *	<u>Por consanguinidade</u> Neto(a) do(a) irmão(ã) do(a) titular: • formulário de adesão ou reativação ao plano; • cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, carteira de habilitação, ou equivalente ou cópia da certidão de nascimento); • cópia do CPF;

	• cópia da identidade do(a) titular; • cópia da identidade do (a) titular que consta o nome dos genitores; • cópia da identidade do irmão(ã) do(a) titular; • cópia da identidade do filho(a) do(a) irmão(ã) do(a) titular; e • comprovante de residência com CEP válido.
Trineto (a) do (a) Titular *	<u>Por consanguinidade</u> Filho (a) do (a) bisneto (a) do (a) titular: • formulário de adesão ou reativação ao plano; • cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (rg, carteira de habilitação, ou equivalente ou cópia da certidão de nascimento); • cópia do CPF; • se for utilizado cópia da identidade do (a) bisneto (a) do (a) titular deverá ser apresentado também cópia da identidade do (a) neto (a) do (a) titular, genitor (a) do (a) bisneto (a); • cópia da identidade do (a) titular; • cópia da identidade do (a) filho (a) do (a) titular, genitor (a) do neto (a); • cópia da identidade do (a) neto (a) do (a) titular, genitor (a) do bisneto (a) (****); e • comprovante de residência com CEP válido.
Avô ou Avó do (a) Titular*	<u>Por consanguinidade</u> Avô ou avó do (a) titular: • formulário de adesão ou reativação ao plano; • cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, carteira de habilitação, ou equivalente ou cópia da certidão de nascimento); • cópia do CPF; • cópia da identidade do (a) titular que consta o nome dos genitores; • cópia da identidade do (a) genitor (a) do (a) titular que conste os nomes do avô ou da avó (****); e • comprovante de residência com CEP válido. <u>Por afinidade</u> Avô ou avó do (a) cônjuge/companheiro (a) do (a) titular: • formulário de adesão ou reativação ao plano; • cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, carteira de habilitação, ou equivalente ou cópia da certidão de nascimento); • cópia do CPF; • cópia da Identidade do(a) Titular; • cópia da certidão de casamento ou comprovação de companheirismo do (a) titular (**);

	- cópia de documento oficial do pai ou da mãe do (a) cônjuge ou companheiro (a) do (a) titular, em que conste seus genitores (****); e - comprovante de residência com CEP válido.
Bisavô ou Bisavó do (a) Titular*	<u>Por consanguinidade</u> Bisavô ou bisavó do (a) titular: - formulário de adesão ou reativação ao plano; - cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, carteira de habilitação, ou equivalente ou cópia da certidão de nascimento); - cópia do CPF; - cópia da identidade do (a) titular que consta o nome dos genitores; - cópia da identidade do (a) genitor (a) do (a) titular que conste o nome do avô ou da avó; - cópia da identidade do avô ou da avó do (a) titular que conste o nome do bisavô ou da bisavó (****); e - comprovante de residência com CEP válido.
Trisavô ou Trisavó do (a) Titular*	<u>Por consanguinidade</u> Trisavô ou trisavó do (a) titular: - formulário de adesão ou reativação ao plano; - cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, carteira de habilitação, ou equivalente ou cópia da certidão de nascimento); - cópia do CPF; - cópia da identidade do (a) titular que consta o nome dos genitores; - cópia da identidade do (a) genitor (a) do (a) titular que conste o nome do avô ou da avó; - cópia da identidade do avô ou da avó do (a) titular que conste o nome do bisavô ou da bisavó (****); - cópia da identidade do bisavô ou da bisavó do (a) titular que conste o nome do trisavô ou da trisavó (****); e - comprovante de residência com CEP válido.
Tio-Avô ou Tia-Avó do (a) Titular*	<u>Por consanguinidade</u> Tio-avô ou tia-avó do (a) titular: - formulário de adesão ou reativação ao plano; - cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, carteira de habilitação, ou equivalente ou cópia da certidão de nascimento); - cópia do CPF; - cópia da identidade do (a) titular que consta o nome dos genitores; - cópia da identidade do (a) genitor (a) do (a) titular que conste os nomes do avô ou da avó; - cópia da identidade do avô ou da avó do (a) titular; e - comprovante de residência com CEP válido.

PENSIONISTAS	DOCUMENTOS (ENTREGAR NO RH DA CONVENIADA)
Pensionistas *	• formulário de adesão ou reativação ao plano; • cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, carteira de habilitação, ou equivalente ou cópia da certidão de nascimento); • cópia do CPF; • comprovante de Residência com CEP válido; • cópia do último contracheque ou declaração de recebimento de pensão emitida pela conveniada (se ainda não possuir o contracheque); • cópia do último benefício recebido ou declaração de recebimento de pensão emitida pela previdência social informando dados de identificação do instituidor da pensão; e • autorização da patrocinadora/conveniada.

* Na inscrição/reactivação de beneficiário integrante do grupo familiar, bem como do pensionista e do titular autopatrocinado (que perdeu o vínculo com a patrocinadora), deverão ser observadas as regras/requisitos dispostos no Convênio por Adesão, o qual o titular está vinculado, observados os normativos vigentes da ANS.

** Para efeito de comprovação de companheirismo (existência de União Estável), deverá consultar a unidade de Recursos Humanos da Conveniada.

*** Comprovação de dependência econômica:

1. A comprovação de dependência econômica far-se-á, para qualquer dos beneficiários para a qual é exigido este requisito, por meio da Declaração Anual de Imposto de Renda do titular, em que conste, nominalmente, o interessado como seu dependente econômico, acompanhada do respectivo recibo de entrega junto ao órgão oficial recebedor ou, caso esteja o titular isento de entregar a declaração anual, para a comprovação deverá consultar a unidade Recursos Humanos da patrocinadora/conveniada.

2. Para filhos(as) entre 21 e 24 anos estudantes, será aceito também a Declaração de Imposto de Renda do(a) cônjuge/companheiro(a) do titular. O mesmo se aplica aos enteados(as) desde que o(a) cônjuge/companheiro(a) esteja inscrito(a) no plano.

3. Quando se tratar de beneficiário que passa a ser dependente econômico do titular durante o ano em exercício, a comprovação poderá ser feita por meio de outras formas de provar a dependência econômica. (Consultar a unidade de Recursos Humanos da patrocinadora/conveniada).

**** Comprovação de parentesco: na ausência dos documentos elencados no rol, poderá ser apresentada (s) a (s) certidão (ões) de nascimento ou outro documento apto a comprovar o vínculo de parentesco com o titular (a) do plano.

ANEXO III

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAR REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS e HOSPITALARES

REEMBOLSO	DOCUMENTAÇÃO
CONSULTAS MÉDICAS	• O recibo deverá ser emitido em nome do beneficiário, seja ele dependente, titular ou beneficiário do grupo familiar, ou do responsável pelo pagamento da despesa (desde que conste o nome do beneficiário no corpo do recibo); contendo a descrição do atendimento, a especialidade, o registro no respectivo Conselho de Classe, CPF, carimbo e assinatura do prestador, valor pago total, valores unitários (numérico e extenso), data e local de atendimento. • A nota fiscal (convencional ou eletrônica) deverá ser emitida em nome do beneficiário, seja ele dependente, titular ou beneficiário do grupo familiar, ou do responsável pelo pagamento da despesa (desde que conste o nome do beneficiário no corpo da nota fiscal), devidamente liquidada; conter o CNPJ, a discriminação do atendimento, a especialidade, o registro no respectivo Conselho de Classe, data, assinatura (nos casos de nota fiscal convencional), local de atendimento, valor pago e valores unitários. • Nos casos de consulta de urgência, deverá ser apresentado relatório médico com a justificativa da urgência, contendo nome do paciente, data, carimbo, Conselho de Classe e assinatura do profissional assistente. • Para os prestadores pessoa jurídica é obrigatória a emissão de nota fiscal (convencional ou eletrônica). • Em caso de necessidade de informações complementares, poderá ser solicitado novas documentações.
CONSULTA NUTRIÇÃO, FONOAUDIOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL, PSICOLOGIA, FISIOTERAPIA.	• O recibo deverá ser emitido em nome do beneficiário, seja ele dependente, titular ou beneficiário do grupo familiar, ou do responsável pelo pagamento da despesa (desde que conste o nome do beneficiário no corpo do recibo); contendo a descrição do atendimento, a especialidade, o registro no respectivo Conselho de Classe, CPF, carimbo e assinatura do prestador, valor pago total, valores unitários (numérico e extenso), data e local de atendimento. • A nota fiscal (convencional ou eletrônica) deverá ser emitida em nome do beneficiário, seja ele dependente, titular ou beneficiário do grupo familiar, ou do responsável pelo pagamento da despesa (desde que conste o nome do beneficiário no corpo da nota fiscal), devidamente liquidada; conter o CNPJ, a discriminação do atendimento, a especialidade, o registro no respectivo Conselho de Classe, data, assinatura (nos casos de nota fiscal convencional), local de atendimento, valor pago e valores unitários. • Encaminhamento do médico assistente, carimbado, assinado para realização de avaliação por profissionais multidisciplinares, contendo a indicação clínica. • Para os prestadores pessoa jurídica é obrigatória a emissão de nota fiscal (convencional ou eletrônica).

	Em caso de necessidade de informações complementares, poderá ser solicitado novas documentações.
SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA SADT	- O recibo deverá ser emitido em nome do beneficiário, seja ele dependente, titular ou beneficiário do grupo familiar, ou do responsável pelo pagamento da despesa (desde que conste o nome do beneficiário no corpo do recibo). - O recibo deverá conter a discriminação de cada serviço realizado, quantidade, valores unitários, local e data de atendimento. - Para exames de imagem (Raio-X, tomografia computadorizada, ressonância magnética, etc.), deve constar a região examinada e se for o caso, descrição unitária dos materiais e/ou medicamentos utilizados com seus respectivos valores unitários. Deve constar a especialidade, o registro no respectivo Conselho de Classe, CPF, carimbo e assinatura do prestador. - A nota fiscal (convencional ou eletrônica) deverá ser emitido em nome do beneficiário, seja ele dependente, titular ou beneficiário do grupo familiar, ou do responsável pelo pagamento da despesa (desde que conste o nome do beneficiário no corpo da nota fiscal). - A nota fiscal deverá conter a discriminação de cada serviço realizado, quantidade, valores unitários, local e data de atendimento. - Para exames de imagem (Raio-X, tomografia computadorizada, ressonância magnética, etc.), deve constar a região examinada e se for o caso, descrição unitária dos materiais, e/ou medicamentos utilizados com seus respectivos valores unitários. Devidamente liquidada; conter o CNPJ, local, data e a assinatura. - O pedido médico do profissional assistente, com a justificativa da necessidade da realização do(s) procedimento(s), a hipótese diagnóstica e o plano de tratamento, quando for o caso, local e data de atendimento. - Para os prestadores pessoa jurídica é obrigatória a emissão de nota fiscal (convencional ou eletrônica). - Em caso de necessidade de informações complementares, poderá ser solicitado novas documentações.
SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO COM DESPESAS HOSPITALARES	- o recibo deverá ser emitido em nome do beneficiário, seja ele dependente, titular ou beneficiário do grupo familiar, ou do responsável pelo pagamento da despesa (desde que conste o nome do beneficiário no corpo do recibo); O recibo deverá conter a discriminação de cada serviço realizado, quantidade, valores unitários e a data de atendimento. Deve constar a especialidade, o registro no respectivo Conselho de Classe, CPF/CNPJ, carimbo e assinatura do prestador. - A nota fiscal (convencional ou eletrônica) emitida pelo prestador de serviços, com a discriminação de cada procedimento realizado, honorários da equipe médica envolvida no procedimento, local e data de atendimento e realização e, se for o caso, discriminação do período de internação devidamente liquidada; conter o CNPJ, data e a assinatura. - Os recibos originais dos profissionais que atenderam o paciente, constando a especialidade, registro nos respectivos Conselhos de Classe e CPF, com carimbo e assinatura, com a discriminação de cada

	procedimento realizado honorários da equipe médica envolvida no procedimento discriminado , Local e data de atendimento e realização e, se for o caso, discriminação do período de internação. • Pedido do profissional médico datado, com a justificativa da necessidade da realização do(s) procedimento(s), exames e/ou terapias, a hipótese diagnóstica e o plano de tratamento, quando for o caso. • Gastos (fatura) analíticos, com discriminação de cada item que a compõe, bem como seus valores unitários: diárias, taxas, gasoterapia, materiais, medicamentos, exames e demais serviços prestados. • Para os prestadores pessoa jurídica é obrigatória a emissão de nota fiscal (convencional ou eletrônica). • Em caso de necessidade de informações complementares, poderá ser solicitado novas documentações.
SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES:	• A nota fiscal (convencional ou eletrônica) emitida pelo Prestador de serviços, com a discriminação de cada procedimento realizado, honorários da equipe médica envolvida no procedimento, data de atendimento e realização e se for o caso discriminação do período de internação devidamente liquidada; conter o CNPJ, data e a assinatura. • Os recibos originais dos profissionais que atenderam o paciente, constando a especialidade, registro nos respectivos Conselhos de Classe e CPF, com carimbo e assinatura, com a discriminação de cada procedimento realizado, honorários da equipe médica envolvida no procedimento discriminada, data de atendimento e realização e se for o caso discriminação do período de internação. • Relatório do médico assistente contendo a justificativa da necessidade de internação, bem como, descrição do quadro clínico, hipótese diagnóstica e outras informações pertinentes, além da necessidade da intervenção de outros profissionais. • Conta hospitalar com discriminação de cada item que a compõe: diárias, taxas, gasoterapia, materiais, medicamentos, exames e demais serviços prestados. Em caso de implante(s) de órtese(s), prótese(s) ou material(is) especial(is) deve ser apresentada Nota Fiscal (convencional ou eletrônica) do material usado informando marca, modelo, fabricante e registro ANVISA. • No caso de reembolso de componentes hemoterápicos, deverá ser apresentada a solicitação, em conjunto com a prescrição médica, bem como a checagem do uso com data, hora e assinatura e etiquetas com número das bolsas de hemocomponentes transfundidos. • Cópia do relatório cirúrgico e do boletim anestésico, no caso de internação cirúrgica data da cirurgia, período de internação e ainda, prontuário do paciente quando ele o autorizar, para os esclarecimentos que se fizerem necessários. • Em caso de solicitação de reembolso de Parto Cesário, enviar Partograma ou relatório médico acompanhado do “Termo de Consentimento Livre”, assinado pela beneficiária conforme regras

	da Resolução Normativa Nº 368/2015 da ANS, ou outra que vier a substituí-la. • Para os prestadores pessoa jurídica é obrigatória a emissão de nota fiscal (convencional ou eletrônica).
TRATAMENTOS SERIADOS	• O recibo deverá conter: nome do paciente, descrição da terapia, número de sessões e suas datas, valor pago, valor unitário, nome do profissional, número de inscrição no respectivo Conselho Regional (CREFITO-F, CRFA, CRP, CRM, CREFITO-TO), CPF, assinatura, local e data do atendimento, e carimbo do profissional. • A nota fiscal (convencional ou eletrônica), no caso de pessoa jurídica) contendo: nome e CNPJ da Instituição, nome do paciente, descrição da terapia, número de sessões e suas datas, nome do profissional, número de inscrição no respectivo Conselho Regional (CREFITO-F, CRFA, CRP, CRM, CREFITO-TO), CPF, assinatura e carimbo do profissional, data e local de atendimento. • Pedido do médico assistente, com a justificativa da necessidade da realização do(s) procedimento(s), a hipótese diagnóstica e o plano de tratamento (quantidade de sessões programadas, período, Local e data de realização). • A fisioterapia, psicoterapia, terapia ocupacional, diárias, taxas, gasoterapia, materiais, medicamentos, exames e demais serviços prestados. • Para os prestadores pessoa jurídica é obrigatória a emissão de nota fiscal (convencional ou eletrônica). • Em caso de necessidade de informações complementares, poderá ser solicitado novas documentações. • Procedimento(s), exame e/ou terapias, a hipótese diagnóstica e o plano de tratamento, quando for o caso.

ANEXO IV
TABELA DE COPARTICIPAÇÃO PELOS SERVIÇOS UTILIZADOS

I. Programa de Assistência Ambulatorial

Grupo	Coparticipação	Limite (por item)
Consultas Médicas	30%	R\$ 40,00
Exames Simples	30%	R\$ 40,00
Exames Especiais	30%	R\$ 150,00
Procedimentos/ Terapias Simples	30%	R\$ 40,00
Procedimentos/ Terapias Especiais	30%	R\$ 150,00

II. Programa de Assistência Hospitalar:

Grupo	Coparticipação	Limite
Internação Enfermária ou UTI	R\$ 200,00	Por internação (evento)

III. Psiquiatria:

Grupo	Coparticipação	Limite (por evento)
Internação psiquiátrica por Transtorno Psicológico	30%	Cobrada a partir do 31º dia de internação
Internação psiquiátrica por intoxicação, abstinência alcoólica e/ou dependência química	30%	Cobrada a partir do 31º dia de internação

IV. Classificação dos procedimentos:

A tabela de classificação de todos os procedimentos está disponível no site da Fundação e na área exclusiva do beneficiário no Portal GEAP.

V. Vigência:

O novo formato de coparticipação passa a vigorar para os atendimentos realizados a partir de 01/06/2022.