GEAP saúde
O plano do servidor público

REGULAMENTO DO PLANO

GEAP CLASS II MA

GEAP AUTOGESTÃO EM SAÚDE

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citada a fonte.

Disponível:
https://www.geap.org.br/planos-de-saude/

EQUIPE DE COORDENAÇÃO TÉCNICA

Gerência de Produtos e Captação - GEPROC;

EQUIPE TÉCNICA

Gerência de Produtos e Captação - GEPROC;
Gerência de Estratégia e Inovação Organizacional - GEIO;
Gerência de Regulação de Eventos e Procedimentos - GERP;
Gerência de Suporte Assistencial - GESAS;
Gerência de Atenção à Saúde - GEASA;
Gerência de Contas a Receber - GECOR;
Gerência de Rede Assistencial - GERA;
Gerência de Auditoria e Contas Assistenciais - GEAUD; e
Gerência de Conformidade Cadastral - GECOC.

EQUIPE DE REVISÃO

Gerência de Riscos e Controles Internos – GERCI; e
Assessoria Jurídica – ASJUR.

EQUIPE DE EDIÇÃO

Gerência de Produtos e Captação - GEPROC;

Regulamento do plano GEAP CLASS II MA – Registro ANS – 49618923-7 Brasília/DF;

Gerência de Produtos e Captação - GEPROC; 2023.

84 Folhas;

Regulamento do plano **GEAP CLASS II MA** . Plano de Assistência à Saúde.

Diretoria Executiva
Douglas Vicente Figueredo
Diretor-Presidente

Silvia Almeida Albernaz Bottin
Diretora Financeira – Interina

José da Silva Pacheco
Diretor de Relacionamento – Interino

Bruce Abrantes Roque de Oliveira
Diretor de Administração - Interino

Rosana Claudia de Souza Rocha
Diretora Assistencial - Interina

Conselho de Administração
Marilene Ferrari Lucas Alves Filha
Presidente do Conselho de
Administração

Conselheiros Titulares
Marcelo Oliveira Panella
Rogério Guedes Soares
Genivano Pinto de Araújo
Vilma Ramos
Márcio Freitas de Paiva
Fábio Almeida Rabelo

Conselheiros Suplentes
Márcia Cristina de Oliveira Schultz
Renata Magioli Santos
Jair Teixeira dos Reis
Leonardo Campos Dall Orto

Conselho Fiscal
Cricia Rodrigues do Espírito Santo
Presidente do Conselho Fiscal

Conselheiros Titulares
Djalter Rodrigues Felismino
Marcos Rogério de Souza

Conselheiros Suplentes
Irineu Messias de Araújo
Simone de Lucena

SUMÁRIO

TÍTULO I 7
CAPÍTULO ÚNICO 7
Da Finalidade e Das Definições 7
Seção I 7
Da Finalidade 7
Seção II 7
Das Definições 7
TÍTULO II 10
Dos Patrocinadores e Dos Beneficiários 10
CAPÍTULO I 10
Das Patrocinadoras 10
CAPÍTULO II 10
Dos Beneficiários 10
TÍTULO III 11
Da Inscrição, Do Cartão de Identificação do Beneficiário, Da Manutenção, Da Migração, Da Suspensão, Da Exclusão e Do Retorno 11
CAPÍTULO I 11
Da Inscrição no Plano 11
CAPÍTULO II 12
Do Cartão de Identificação do Beneficiário – CIB 12
CAPÍTULO III 13
Da Manutenção no Plano 13
Seção I 14
Da Perda do Vínculo Funcional ou Empregatício Sem Justa Causa 14
Seção II 15
Da aposentadoria 15
Seção III 17
Da Licença Sem Vencimentos ou Afastamento Legal 17
Seção IV 18
Da Manutenção do Dependente e Grupo Familiar Após o Falecimento do Titular 18
Seção V 19
Da Manutenção Do Grupo Familiar Após a Exclusão Do Titular 19
CAPÍTULO IV 20
Da Migração 20
CAPÍTULO V 22
Das Penalidades Pela Inadimplência 22

Seção I 22
Da Notificação 22
Seção II 22
Da Advertência 22
Seção III 23
Da Suspensão Do Atendimento 23
CAPÍTULO VI 23
Da Exclusão 23
CAPÍTULO VII 25
Do Retorno 25
TÍTULO IV 27
Das Garantias e Exclusões de Cobertura Das Doenças e Lesões Preexistentes 27
CAPÍTULO I 27
Das Garantias de Coberturas 27
Seção I 27
Da Cobertura Ambulatorial 27
Subseção I 29
Da Assistência em Fisioterapia 29
Subseção II 29
Da Assistência em Psicologia 29
Subseção III 30
Da Assistência em Fonoaudiologia 30
Seção II 31
Da Cobertura Hospitalar 31
Subseção I 33
Do Plano Hospitalar 33
Seção III 35
Da Assistência em Hospital-Dia 35
Seção IV 36
Da Cobertura Odontológica 36
CAPÍTULO II 36
Das Exclusões de Cobertura 36
CAPÍTULO IIII 38
Das Doenças e Lesões Preexistentes 38
TÍTULO V 40
Do Acesso às Coberturas e Das Garantias de Remoção 40
CAPÍTULO I 40
Do Acesso às Coberturas 40
CAPÍTULO II 42
Das Garantias de Remoção 42

TÍTULO VI 43
Das Carências, Da Portabilidade de Carências, Das Garantias de Atendimento e Remoção nos Períodos de Carência e Das Doenças e Lesões Preexistentes 43
CAPÍTULO I 43
Das Carências 43
CAPÍTULO II 45
Da Portabilidade de Carências 45
Seção I 46
Da Documentação Necessária 46
Seção II 48
Da Portabilidade Especial e Extraordinária 48
CAPÍTULO II 49
Das Garantias de Atendimento no Período de Carência 49
CAPÍTULO III 49
Das Garantias de Remoção no Período de Carência 49
TÍTULO VII 50
Das Receitas e Das Contribuições 50
CAPÍTULO I 50
Das Receitas 50
CAPÍTULO II 52
Das Contribuições 52
TÍTULO VIII 53
CAPÍTULO ÚNICO 53
Das Coparticipações 53
TÍTULO IX 54
Do Direito, Da Concessão, Da Solicitação e Da Coparticipação do Reembolso 54
CAPÍTULO I 54
Do Direito ao Reembolso 54
CAPÍTULO II 55
Da Concessão do Reembolso 55
CAPÍTULO III 56
Da Solicitação de Reembolso 56
CAPÍTULO IV 58
Da Coparticipação no Reembolso 58
TÍTULO X 58
CAPÍTULO ÚNICO 58
Do Mecanismo de Regulação – Autorização Prévia 58
TÍTULO XI 59
CAPÍTULO ÚNICO 59
Das Disposições Finais 59

ANEXO I 61
RELAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DE ABRANGÊNCIA E DE ATUAÇÃO 61
ANEXO II 62
DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO/RETORNO AO PLANO 62
ANEXO III 74
DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAR REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS E HOSPITALARES 74
ANEXO V 84
TABELA DE COPARTICIPAÇÃO 84

TÍTULO I
CAPÍTULO ÚNICO
Da Finalidade e Das Definições

Seção I
Da Finalidade

Art. 1º O presente Regulamento visa normatizar o plano GEAP CLASS II MA 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 9.656/1998, visando à assistência Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Odontológica, com acomodação em apartamento, 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 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 beneficiário, se assim desejar, poderá optar pela acomodação em enfermaria, na qual fará jus a redução da coparticipação nos termos do estabelecido no Anexo I do presente Regulamento.

§ 3º O GEAP CLASS II MA é um plano coletivo empresarial, com coparticipação e segmentação assistencial ambulatorial, hospitalar com obstetrícia e odontologia, com acomodação em apartamento, de abrangência geográfica denominada grupo de municípios e área de atuação (Anexo I), com rede de serviços específica, regido pela legislação emanada pelo Poder Público, pelo Estatuto da GEAP e por este regulamento.

Seção II
Das Definições

Art. 2º 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, por exemplo, 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 órgãode regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam aassistência 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, respeitada a área de atuação dos planos relacionadas no Anexo I.

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, 10.ª revisão.

VI- COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL: alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, 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, pré-definidos 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 – Procedimentos médicos que são programados, ou seja, não são considerados de urgência e emergência.

XV- UNIDADE ADMINISTRATIVA DA GEAP: são unidades de atendimento presencial 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 (Anexo I) 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.

Art. 3° 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.

§ 1° 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.

§ 2° 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.

TÍTULO II
Das Patrocinadoras e Dos Beneficiários

CAPÍTULO I
Das Patrocinadoras

Art. 4º Considera-se patrocinadora, além da própria GEAP Autogestão em Saúde, a pessoa jurídica estabelecida no Estatuto Social da GEAP que, mediante celebração do Convênio por Adesão com a GEAP, oferece o plano e faculta a adesão dos servidores ou empregados entidades a 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 O rol de beneficiários será definido no Convênio por Adesão ao qual o beneficiário titular estiver vinculado, observado o que dispõe os parágrafos 1º, 2º e 3º deste artigo.

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

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

§ 2º Podem aderir ao plano como titulares e 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 do servidor ou empregado de órgão ou entidade patrocinadora da GEAP, enquanto permanecer incluído na folha de pagamento; e
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; e
VI - Servidores em licença sem vencimento e redistribuídos, na condição de auto patrocinados, observado o que define a ANS;
VII - Ex servidores ou ex empregados, desde que observado o prazo estipulado no art. 4º da RN nº 488/2022;
VIII - Empregados, ex-empregados, administradores e exadministradores da própria entidade de autogestão ou a sua entidade
patrocinadora, desde que observado o art. 4º e o respectivo Parágrafo único da RN nº 488/2022; e
IX - Aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à própria entidade de autogestão ou a sua entidade patrocinadora, desde que observado o prazo estipulado no art. 4º da RN nº 488/2022.

§ 3º Podem ser inscritas, ainda, vinculadas ao beneficiário titular àquelas pessoas previstasna alínea j, inciso II do artigo 2º da Resolução Normativa nº. 137/2006 da Agência Nacionalde Saúde Suplementar – ANS, ou outra que venha a substituí-la, e Estatuto da GEAP.

TÍTULO III
Da Inscrição, Do Cartão de Identificação do Beneficiário, Da Manutenção, Da Migração, Da Suspensão, Da Exclusão e Do Retorno

CAPÍTULO I
Da Inscrição no Plano

Art. 6º É voluntária e facultativa a inscrição de qualquer beneficiário no plano, desde que se enquadre nas hipóteses previstas nos parágrafos 2º e 3º 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, ou companheiro homoafetivo, somente poderá optar por um dos vínculos citados, não podendo haver adesões cumulativas.

§ 2º Podem ser inscritos no plano os pensionistas, conforme disposto no inciso III parágrafo 2º do artigo 5º, sendo possivel estes inscrever dependentes ou beneficiários integrantes do grupo familiar relacionado no parágrafo 3º do artigo 5º deste 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 dos beneficiários se dará por meio de opção formal em instrumento a ser firmado com o titular, denominado Termo de Adesão, por meio do qual o beneficiário adere às regras, cláusulas e definições constantes do Convênio por Adesão firmado com a patrocinadora e aos termos do presente regulamento.

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

§ 5º O titular inadimplente não poderá inscrever ou migrar dependentes ou beneficiários do grupo familiar para qualquer dos planos de maior cobertura, em relação ao qual ele se encontra, até que os débitos sejam quitados.

§ 6º Ocorrendo a exclusão do titular, todos os beneficiários dependentes e grupo familiar vinculados a este terão seus cadastros cancelados automaticamente. Para o grupo familiar será observada a possibilidade de manutenção do plano conforme as disposições previstas na Seção V do Capítulo III do Título III deste regulamento.

§ 7º O titular poderá optar por inscrever o dependente e o beneficiário do grupo familiar relacionados no parágrafo 3º do artigo 5º deste regulamento em plano diferente do seu, observadas as regras e condições respectivas do plano escolhido e do Convênio por Adesão firmado com a patrocinadora com a qual o titular possui vínculo funcional ou empregatício.

§ 8º O titular deverá manter o seu endereço de seus dependentes e beneficiários do grupo familiar sempre atualizados junto a GEAP Autogestão em Saúde.

CAPÍTULO II
Do Cartão de Identificação do Beneficiário – CIB

Art. 7º Será disponibilizado ao beneficiário um Cartão de Identificação do Beneficiário - CIB, cuja apresentação, juntamente com documento oficial de identidade, é obrigatória para a utilização da cobertura assistencial oferecida pelo plano.

§ 1º Caso o beneficiário não esteja munido do Cartão de Identificação do Beneficiário –

CIB, o atendimento será liberado mediante apresentação da Declaração de Atendimento provisória disponibilizada pela GEAP, ou a versão digital do CIB, juntamente com documento oficial de identidade.

§ 2º A declaração e a versão Digital do CIB a que se refere o item anterior estarão disponíveis por meio da página da internet da GEAP ou aplicativo GEAP Saúde, mediante login e senha, na área de abrangência geográfica e de atuação do plano do beneficiário, mediante cadastro pela Central Nacional de Teleatendimento da GEAP ou ainda nos atendimentos presenciais.

§ 3º O beneficiário deverá utilizar a Declaração de Atendimento ou a versão digital do Cartão de Identificação do Beneficiário – CIB, disponibilizada pela GEAP, até o recebimento versão física do CIB, conforme parágrafos anteriores.

§ 4º Ocorrendo extravio ou perda do Cartão de Identificação do Beneficiário - CIB, o fato deve ser comunicado imediatamente à Central Nacional de Teleatendimento da GEAP, ou à respectiva Unidade Administrativa da GEAP, para que seja solicitada a emissão de novo cartão. É recomendável que, tão somente após realizada tal comunicação, o beneficiário utilize, como alternativas, a Declaração de Atendimento ou CIB digital extraídos nos serviços online.

§ 5º A GEAP Autogestão em Saúde cobrará do beneficiário o custo correspondente à emissão de 2ª via do CIB, exceto em caso de erro de impressão ou extravio da via anterior.

§ 6º É de inteira responsabilidade do beneficiário a utilização e a conservação do CIB, sendo ele de uso pessoal e intransferível.

CAPÍTULO III
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 RN nº 488/2022;
II- no caso de aposentadoria, desde que observado o prazo estipulado no art. 4º da RN nº 488/2022;
III - no caso de redistribuição do cargo a outro órgão ou entidade não conveniada à GEAP, desde que sejam respeitados os mesmos prazos do servidor exonerado, previsto no art. 4º da RN nº 488/2022;
IV- no caso de a função ser requisitada ou cedida a outro órgão ou entidade não conveniada à GEAP;
V- no caso de licença sem vencimentos ou de afastamento legal.
IV- no caso da função ser requisitada ou cedida a outro órgão ou entidade não conveniada à GEAP; ou
V- no caso de licença sem vencimentos ou de afastamento legal.

§ 1º Somente poderá se manter no plano como autopatrocinado, o ex-empregado demitido sem justa causa ou servidor exonerado, o redistribuído, o requisitado, o cedido, 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. a 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; ou

III. da comunicação inequívoca da patrocinadora acerca do cancelamento por motivo de servidor requisitado, redistribuído ou cedido.

Seção I
Da Perda e mudança do Vínculo Funcional ou Empregatício

Art. 9º Ao titular do plano, em caso de exoneração do cargo ou rescisão do vínculo funcional ou empregatício sem justa causa,ao cedido, ao redistribuído e ao requisitado, 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 e conforme o prazo máximo definido na Lei n.º 9.656/98 e Resolução Normativa n.º 488/2022, da ANS, 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 percapita, 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 - Autogestão 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 n.º 488/2022.

§ 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 n.º 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 da manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do vínculo funcional ou empregatício; ou

§ 9º O direito de manutenção de que trata este artigo é extensivo aos beneficiários do grupo familiar, que serão mantidos automaticamente, sendo permitidas novas inscrições de beneficiários nesse grupo.

Seção II
Da aposentadoria

Art. 10 Ao aposentado que contribuir para o plano em decorrência do vínculo empregatício/funcional com a patrocinadora, 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 no parágrafo 4º deste artigo.

§ 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 o direito de manutenção obrigatoriamente extensivo, aos dependentes e grupo familiar inscritos quando da aposentadoria do titular, vedadas novas inscrições de dependentes e beneficiários integrantes do grupo familiar do titular , salvo nos casos de novo cônjuge e filhos do titular aposentado, no período de manutenção da condição de beneficiário.

§3º Ao aposentado que contribuir para o plano por período inferior a 10 (dez) anos é assegurado o direito de manutenção como titular, a razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição/mensalidade, conforme definido na Lei nº. 9656/98 e Resolução Normativa/ANS N.º 488/2022.

§4º O período de que trata o parágrafo 3º deste artigo, poderá ser estendido, por tempo indeterminado, por opção do beneficiário no ato da sua manutenção.

§5º O beneficiário que esteja enquadrado na regra disposta no parágrafo 4º deste artigo e recair nas condições de exclusão do plano elencadas no artigo 19 deste regulamento, terá vedado o seu retorno aos planos da GEAP.

§6º O direito de manutenção de que trata os parágrafos 3º e 4º deste artigo, será extensivo, obrigatoriamente, a todos os dependentes e os inscritos quando da aposentadoria do titular no plano, não sendo permitidas novas inscrições de dependentes, salvo nos casos de novo cônjuge e filhos nascidos ou adotados, após adquirida essa condição.

§ 7º O direito de manutenção de que trata este 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/ANS N.º 488/2022, ou outra que venha a substitui-la, a contar:

I – da comunicação inequívoca feita pela patrocinadora ao beneficiário titular sobre a opção da manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato; ou

II - da comunicação inequívoca feita pela GEAP ao grupo familiar do beneficiário titular sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando vinculado ao titular antes da perda do seu vínculo funcional ou empregatício.

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

Seção III
Da Licença Sem Vencimentos ou Afastamento Legal

Art. 11 O servidor ou empregado titular do plano 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 Poderá ser inscrito diretamente nesta categoria o servidor ou empregado que, no caso de ingresso de nova patrocinadora, já esteja em gozo de licença sem vencimentos ou afastamento legal, desde que assuma o pagamento integral da contribuição/mensalidade do plano e faça, formalmente, a opção pela manutenção do plano.

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

I – A comunicação inequívoca da patrocinadora enviada ao beneficiário titular a respeito da sua dispensa imotivada, ou da comunicação do cumprimento do seu aviso prévio, ou da data da comunicação do seu desligamento, ou ainda da comunicação da sua aposentadoria; ou

II – Da comunicação inequívoca da patrocinadora do início da licença sem vencimentos.

§ 3º 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.

§ 4º O período de manutenção da condição a que se refere o caput será por tempo correspondente à licença sem vencimentos ou afastamento legal, sendo o direito de manutenção obrigatoriamente, extensivo, a todos os dependentes e grupo familiar inscritos no plano, sendo previstas novas inscrições de dependentes e beneficiários integrantes do grupo familiar do titular, observado o disposto no parágrafo 3º do artigo 5º deste regulamento e o convênio ao qual o beneficiário estiver vinculado.

§ 5º A obrigatoriedade de que trata o parágrafo anterior não impede que a condição de beneficiário seja mantida pelo titular, individualmente, ou com parte de seus dependentes e grupo familiar inscritos.

§ 6º O tempo de permanência na condição de autopatrocinado por motivo de licença sem vencimento, quando não especificar o período da licença no documento apresentado pelo beneficiário, será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, prorrogáveis por períodos iguais, mediante apresentação de documento de licença.

I – O tempo de permanência de que trata o parágrafo anterior é extensivo aos dependentes e grupo familiar agregado vinculado ao plano do titular na ocorrência do evento.

Seção IV
Da Manutenção do Dependente e 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, quando do falecimento do titular 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 faça formalmente a opção pela manutenção, assumindo as responsabilidades para com o plano e o pagamento integral das contribuições, em conformidade as disposições deste Capítulo.

§ 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 período de manutenção dos dependentes e grupo familiar em virtude do falecimento do titular que estava enquadrado na manutenção de que trata a Seção I deste Capítulo, seguirá o que dispõem os parágrafos 2º e 4º do artigo 9º deste regulamento.

§ 3º O direito de manutenção de que trata o caput deste artigo, será assegurado, desde que os beneficiários dependentes e do grupo familiar façam a opção pela manutenção no plano, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, na forma da Resolução Normativa/ANS N.º 488/2022, ou outra que venha a substitui-la, a contar:

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

Seção V
Da Manutenção Do Grupo Familiar Após a Exclusão Do Titular

Art. 13 Em caso de exclusão do titular, o plano poderá ser mantido pelos beneficiários do 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 as responsabilidades para com o plano.

§ 1º Na hipótese de beneficiário familiar que tenha formalmente assumido a responsabilidade financeira do plano, a manutenção de que trata o caput deste artigo, ocorrerá automaticamente após a exclusão do titular.

§ 2º A manutenção de que trata o caput se dará pelo mesmo período em que o titular do plano poderia ser mantido no plano, nos exatos termos estipulados na RN nº 488/2022.

§3º Na hipótese de beneficiários do grupo familiar que não desejem se manter no plano após a exclusão do titular, deverão formalizar pedido de exclusão do plano.

CAPÍTULO IV
Da Migração

Art. 14 O titular inscrito no plano, poderá optar pela migração aos demais planos oferecidos pela GEAP e previstos no Convênio por Adesão firmado com a patrocinadora, observando as regras dispostas no parágrafo 5º do artigo 6º deste regulamento, sendo-lhe garantida a contrapartida financeira na forma estabelecida no Convênio por Adesão vigente, firmado com a patrocinadora com a qual mantém vínculo funcional ou empregatício.

§ 1º O titular poderá optar por migrar seu(s) dependente(s) e o(s) beneficiário(s) pertencente(s) ao grupo familiar para plano diferente do seu, observadas as regras do Convênio por Adesão, vigente, firmado com a patrocinadora com a qual o titular mantém vínculo funcional ou empregatício.

§ 2º A migração, para os casos de beneficiários titulares e seus dependentes, deverá ser feita mediante autorização do órgão ou entidade a qual o titular estiver vinculado, por meio de assinatura do Termo de Migração relativo ao plano pretendido. Para beneficiários do grupo familiar, a migração poderá ser formalizada diretamente à GEAP pela assinatura do titular no Termo de Migração relativo ao plano pretendido.

§ 3º 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 do formulário específico (Termo de Migração) à Unidade Administrativa da GEAP, no caso de migração dos beneficiários do grupo familiar, dos titulares autopatrocinados e dos beneficiários familiares desvinculados, mantidos por força do artigo 30 e 31 da Lei nº 9656/98.

§ 4º 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 Termo de Migração relativo ao plano escolhido.

§ 5º 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;
II - se a migração ocorrer entres planos de idêntica cobertura e acomodação.

§ 6º 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 de prestadores não previstos no plano anterior.

§ 7º 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.

§ 8º Caso o beneficiário não tenha cumprido o período de carência exigido para a Cobertura Parcial Temporária – CPT no plano de origem e opte por migrar para o plano GEAP CLASS II MA, assim sendo haverá o aproveitamento do período de permanência no plano anterior, para fins de contabilização do prazo estabelecido para CPT, conforme inciso V do artigo 44 deste regulamento.

§ 9º O beneficiário que migrar para outro plano ofertado pela GEAP, não será isento da cobrança de eventuais débitos financeiros oriundos do plano anterior.

§ 10 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 V
Das Penalidades Pela Inadimplência

Art. 15 O beneficiário que incorrer em atraso no pagamento da contribuição/mensalidade, poderá ser:

I - Comunicado;
II - Advertido;
III - Suspenso;
IV - Notificado;
V - Excluído.

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

Seção I
Da Comunicação

Art. 16 O beneficiário será comunicado, até o 5º (quinto) dia de atraso, a contar da data de vencimento da contribuição/mensalidade.

Seção II
Da Advertência

Art. 17 O beneficiário será advertido a partir do 10º (décimo) dia de inadimplência, a

contar da data de vencimento da contribuição/mensalidade, quando da utilização do plano em procedimentos eletivos, oportunidade em que o respectivo atendimento será condicionado a realização de contato prévio com a GEAP, por meio da Central Nacional de Teleatendimento.

Seção III
Da Suspensão Do Atendimento

Art. 18 Haverá a suspensão parcial da cobertura assistencial aos beneficiários, conforme disposto no inciso III do artigo 14:

I– quando incorrer em atraso no pagamento, a partir do 30º (trigésimo) dia de inadimplência, a contar da data de vencimento da contribuição/mensalidade.

§1º A suspensão da cobertura será parcial, conforme definido no caput deste artigo, pois não será aplicada para os atendimentos de urgência/emergência e nas situações previstas no parágrafo 5º do artigo 18 deste regulamento.

§2º Incorrendo nas situações previstas no parágrafo 5º do artigo 18 deste regulamento, caberá ao beneficiário observar o disposto nos parágrafos 6º e 7º do mesmo artigo.

Seção VI
Da Notificação

Art. 19 A notificação prevista no inciso IV do artigo 8º se caracteriza pela comunicação inequívoca feita por meio de Carta de Aviso de Débito com o Aviso de Recebimento (AR), ligação telefônica, e-mail ou qualquer outro mecanismo hábil e idôneo disponível.

Parágrafo único: no insucesso da comunicação prevista no caput deste artigo a notificação se dará por edital, publicado em jornal de grande circulação.

Seção V
Da Exclusão

Art. 19 A exclusão do beneficiário no plano ocorrerá:
I- a pedido do titular a qualquer tempo observado o disposto na RN 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, a sua exclusão ou a de dependente do plano de saúde;
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 da exclusão;

c) expirado o prazo acima disposto sem que a patrocinadora tenha providenciado a comunicação de exclusão do beneficiário à GEAP, o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão 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 observado os artigos 8º e 9º deste regulamento:

VII- redistribuição do cargo a outro órgão ou entidade não conveniado a GEAP.

VIII - licença sem remuneração, observado os artigos 8º e 11 deste regulamento;

IX - decisão administrativa ou judicial; e

X - perda de pensão;

XI – encerramento ou rescisão do Convênio por Adesão firmado com a patrocinadora ao qual o beneficiário estiver vinculado.

§ 1º A exclusão do beneficiário do plano de que trata o inciso I do caput deste artigo será efetuado com base na legislação vigente. Caso seja efetivado 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 A exclusão do beneficiário do plano GEAP CLASS II MA 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.

§ 3º O inadimplemento se dará pelo não pagamento da contribuição/mensalidade, da coparticipação e conforme as cobranças previstas no Título VIII deste regulamento, sendo a exclusão realizada no período superior a 60 (sessenta) dias de atraso.

I. Em caso de migração oriunda de plano com cobrança de coparticipação em que reste

saldo devedor, e em caso de inadimplemento desses débitos, o plano atual poderá ser cancelado de acordo com as normas preestabelecidas neste regulamento.

§ 4° A exclusão de que trata o inciso III do caput deste artigo será precedido de notificação da GEAP.

§ 5° Caso o beneficiário que esteja em tratamento em regime ambulatorial ou em uma internação, e tenha sua inscrição cancelada por rescisão unilateral da GEAP (inadimplemento), ou nos casos de encerramento ou rescisão de convênio, os procedimentos autorizados antes da exclusão do beneficiário serão cobertos, perdendo automaticamente a cobertura para novas assistências ambulatoriais e hospitalares.

§ 6º Caberá ao titular, responsável pelo Termo de Adesão, o pagamento das coparticipações integrais relativas ao tratamento, seu e/ou de seus dependentes, a que se refere o parágrafo 5º deste artigo.

§ 7º 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 5º deste artigo.

§ 8º Ressalvado o disposto no parágrafo 5º deste artigo, a exclusão do beneficiário importará na perda automática das coberturas previstas neste regulamento, inclusive para procedimentos futuros cuja autorização prévia já tenha sido emitida.

CAPÍTULO VII
Do Retorno

Art. 20 O titular e os seus dependentes com inscrições canceladas, poderão optar pelo retorno 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 retorno ao plano de saúde, o beneficiário que tenha sido excluído, nos termos do regulamento 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 retorno 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 retorno poderá ser realizada a qualquer tempo, considerando as seguintes modalidades:

I. Regularização: A solicitação de retorno por regularização ocorrerá em até 60 (sessenta) dias contados da data da exclusão do plano, desde que haja a quitação das obrigações vencidas e não pagas, inclusive, dos valores de contribuições referentes ao período em que permaneceu cancelado, garantindo-se o retorno na mesma condição em que se encontrava na ocasião de exclusão;

II. Reingresso: A solicitação de reingresso do beneficiário poderá ocorrer a qualquer tempo, desde que haja a quitação ou negociação das obrigações vencidas e não pagas, sendo exigido cumprimento de novos períodos de carências definidos no artigo 35 deste regulamento, a contar da data do Termo de Retorno, cabendo observar o que dispõe o parágrafo 1º deste artigo.

§ 5º O retorno do beneficiário inadimplente, ficará condicionada à quitação integral do débito junto à GEAP, mediante a incidência de juros e correção monetária.

§ 6º Não poderão retornar aos planos da GEAP aqueles beneficiários que se encontram na condição de manutenção no plano, por tempo indeterminado, conforme disposto no parágrafo 2º do artigo 9º e parágrafo 3º do artigo 10 deste regulamento.

§7º Não poderão retornar aos planos da GEAP aqueles beneficiários pertencentes ao grupo familiar, que se encontram na condição de manutenção no plano, conforme disposto na Seção V do Capítulo III do Título III deste regulamento.

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

CAPÍTULO I
Das Garantias de Coberturas

Art.21 O plano garante assistência relativa aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos e odontológicos, 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. 22 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, realizados em consultório ou ambulatório, de acordo com as seguintes coberturas:

I - consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

II - serviço de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não caracterizados como internação e façam parte 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

época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado;

V - cobertura de fisioterapia listada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderá ser realizada tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;

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 auto infringidas, 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 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; e
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 – odontológica de acordo com Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e suas Diretrizes de Utilização – DUT.

IX - cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, exemplo: Facectomia com

lente intra-ocular com facoemulsificação:
a)as lentes utilizadas nos tratamentos do astigmatismo, miopia, hipermetropia, presbiopia e ceratocone por meio de implante de lentes intraoculares não constam no Rol vigente, portanto, não possuem cobertura obrigatória.

Subseção I
Da Assistência em Fisioterapia

Art.23 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 e observará:

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;
a) a cada 30 (trinta) sessões de fisioterapias realizadas, o beneficiário deve passar por nova avaliação com o profissional médico assistente, para verificar a continuidade do tratamento;
b) em caso de continuidade do tratamento o profissional médico deverá fazer novo pedido médico contendo a indicação clínica, o diagnóstico e a previsão da duração do tratamento proposto.

II - a assistência em fisioterapia cobrirá sessões necessárias ao tratamento fisioterápico, conforme solicitação do profissional assistente e será realizada por profissionais e entidades contratadas e remunerados de acordo com os valores praticados pela GEAP; e
III - a consulta com fisioterapeuta será disponibilizada de acordo com a Diretriz de Utilização - DUT, estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

Subseção II
Da Assistência em Psicologia

Art. 24 A assistência em psicologia do plano prevê a cobertura de procedimentos, consultas e testes para avaliação e tratamento em portadores de distúrbios psicológicos e observará:
I- a assistência em psicologia será concedida a partir da solicitação emitida por profissional médico, contendo a indicação e a justificativa do tratamento proposto;

a) a cada 06 (seis) meses de sessões de psicoterapias realizadas, o beneficiário deve passar por nova avaliação com o profissional médico, para verificar a continuidade do tratamento;
b) Em caso de continuidade do tratamento o profissional médico deverá fazer novo pedido médico contendo a indicação clínica, o diagnóstico e a previsão da duração do tratamento proposto.

II - a cobertura para sessões de psicologia se dará com atendimento individualizado realizado por profissional psicólogo/psicoterapeuta ou em grupo quando realizado por profissional médico;

III - as sessões de psicoterapia serão realizadas por profissionais e entidades contratados e remunerados de acordo com os valores praticados pela GEAP; e

IV - a quantidade de sessões de psicoterapia serão disponibilizadas de acordo com o disposto nas Diretrizes de Utilização - DUT, estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente a época do evento.

Subseção III
Da Assistência em Fonoaudiologia

Art. 25 A assistência em fonoaudiologia do plano prevê a cobertura de testes e serviços para portadores de patologias que afetem a linguagem oral ou escrita e a recepção de sons e observará:

I- o atendimento e/ou tratamento fonoaudiológico será autorizado, mediante encaminhamento por profissionais médicos ou odontólogos acompanhado de relatório técnico;
a) a cada 30 (trinta) sessões de fonoaudiologia realizadas, o beneficiário deve passar por nova avaliação com o profissional médico ou odontólogo assistente, para verificar a continuidade do tratamento;
b) em caso de continuidade do tratamento o profissional médico ou odontólogo deverá fazer novo pedido médico contendo a indicação clínica, o diagnóstico e a previsão da duração do tratamento proposto.

II - as sessões de fonoaudiologia serão disponibilizadas de acordo com as Diretrizes de Utilização - DUT estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

Seção II
Da Cobertura Hospitalar

Art. 26 A cobertura hospitalar do plano compreende os atendimentos em unidade hospitalar definidos em regime de internação, com acomodação em apartamento, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, aqui incluída a previsão no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas Diretrizes de Utilização – DUT editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, abrangendo:

I -internação hospitalar, em clínicas básicas e especializadas credenciadas à GEAP, observada a área de atuação e rede assistencial do plano, relacionadas às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

II - internação hospitalar em centro de terapia intensiva ou similar a critério do médico assistente e desde que justificada a necessidade e observada 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 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 vigente à época do evento;

X - cirurgias bucomaxilofaciais que necessitem de ambiente ambulatorial ou hospitalar;

XI- órteses e próteses registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico listado no Rol Vigente;

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

XII_ - 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 auto infringidas, 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 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 titular 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; e

f)) o custeio parcial, a partir do 16º (décimo sexto) 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 titular de 30% (trinta por cento).

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.

Subseção I
Do Plano Hospitalar

Art. 27 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 26, 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 vagas nos estabelecimentos contratados, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da GEAP.

§ 3° Para fins do disposto no inciso XI do artigo 25, deve ser observado o seguinte:
a)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 produto, quando disponíveis, dentre aqueles regularizados junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, que atendam às características específicas;
b)somente serão cobertos materiais registrados na ANVISA e utilizados para a finalidade precípua a que se destinam, vedado o uso *Off Label*.

§ 4° Para fins da Assistência Hospitalar, conceituam-se:

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

§ 5° 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 III
Da Assistência em Hospital-Dia

Art. 28 A assistência em Hospital-Dia do plano 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.

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

§ 2º Enquadram-se nesta modalidade de atendimento, os procedimentos cirúrgicos eletivos, com tempo de permanência de 12 (doze) horas, realizados sob anestesia loco-regional 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 RNº 428/17, ou outra que venha a substitui-la.

Seção IV
Da Cobertura Odontológica

Art. 29 A assistência odontológica no plano GEAP CLASS II MA, observará o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e suas Diretrizes de Utilização - DUT, definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, observada a área de atuação e rede assistencial do plano.

CAPÍTULO II
Das Exclusões de Cobertura

Art. 30 Estão excluídos da cobertura do plano 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- aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;
IV- áreas de atuação ou subespecialidades;
V- asilamento de idosos;
VI- assistência médica nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
VII- atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;
VIII- avaliações pedagógicas;
IX- clareamento dental;
X- despesas extras quando da internação do beneficiário em acomodação superior a contratada;
XI- despesas hospitalares extraordinárias tais como: telefonemas, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas e indenização por perda de objetos;
XII- diárias hospitalares com a parturiente em condições de alta quando da manutenção da internação do recém-nascido patológico;
XIII- documentação ortodôntica, exceto exames de imagens que constam no rol de cobertura;
XIV- emissão de laudo, relatório, atestado ou qualquer outro tipo de documento para atividades físicas e banho de piscina;
XV- emissão de laudo, relatório, atestado ou qualquer tipo de documento para comprovação de sanidade mental;
XVI- enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
XVII- estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;

XVIII- exames admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais;
XIX- facetas diretas confeccionadas com qualquer outro material diferente de resina composta fotopolimerizável e facetas indiretas independente do material;
XX- 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;
XXI- fornecimento de órteses, próteses e materiais especiais (OPME) de caráter personalizado e/ou customizado, mesmo em procedimentos listados no rol da ANS;
XXII- fornecimento de órteses, próteses e materiais especiais (OPME) não ligados ao ato cirúrgico;
XXIII- fornecimentos de medicamentos importados não nacionalizados;
XXIV- fornecimentos de órteses e próteses importados não nacionalizados;
XXV- implantes dentários ósseointegráveis e cirurgias relacionadas;
XXVI- inseminação artificial;
XXVII- Procedimentos que objetivem investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
XXVIII- microscopia eletrônica para realização de tratamento endodôntico e demais tratamentos;
XXIX- necropsias e medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
XXX- Procedimentos que visem orientações vocacionais;
XXXI- órteses, Próteses e materiais especiais - OPME - para utilização em consultório/ambulatório odontológico; órteses, Próteses e materiais especiais – OPME, confeccionados sob medida e/ou customizados realizadas em cirurgia bucomaxilofacial;
XXXII- 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;
XXXIII- procedimentos ambulatoriais solicitados no curso de exames pré-admissionais e demissionais;
XXXIV- procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da GEAP e sem atendimento às condições previstas neste regulamento;
XXXV- procedimentos clínicos, cirúrgicos, órteses e próteses para fins estéticos;
XXXVI- procedimentos não discriminados neste regulamento, na data do evento;
XXXVII- procedimentos odontológicos solicitados por analogia;
XXXVIII- procedimentos odontológicos solicitados somente para fins estéticos;
XXXIX- procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;
XL- próteses e restaurações em porcelana;
XLI- próteses sobre implantes;
XLII- próteses totais, próteses parciais removíveis (provisórias ou definitivas), próteses fixas de qualquer natureza (incluindo os pilares e pônticos e prótese parcial fixa provisória), coroa total em cerâmica, coroa total metalocerâmica e inlays/onlays/overlay e demais procedimentos protéticos não inclusos no Rol da ANS;

XLIII- psicoterapia com objetivos profissionais;
XLIV- qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência;
XLV- remoção domiciliar;
XLVI- sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio, ambulatorial em odontologia;
XLVII- sedação medicamentosa (oral, venosa e/ou inalatória) ambulatorial em odontologia, realizada por médico ou cirurgião dentista;
XLVIII- especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
XLIX- Tratamento ortodôntico e/ou de ortopedia facial;
L- tratamento para fertilização in vitro;
LI- tratamento prescrito por profissional não habilitado;
LII- tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais;
LIII- tratamentos de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
LIV- tratamentos em clínicas de emagrecimento, tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos, casas sociais; consultas domiciliares;
LV- tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;e
LVI- tratamentos odontológicos utilizando serviços que não fazem parte do Rol de Procedimentos e das Diretrizes de Utilização (DUT) da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, bem como os procedimentos que não estão descritos neste regulamento;

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

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 CLASS II MA.

Art. 32 No momento da adesão ao plano GEAP CLASS II MA, o beneficiário deverá preencher a Declaração de Saúde na qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao plano GEAP CLASS II MA, 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 através 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.

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, 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 através 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 através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá oferecer a opção de cobertura parcial temporária ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, nos termos da RN Nº 162/07 da referida Agência Reguladora 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 agregados no prazo máximo de 30 (trinta) dias do início da vigência do Convênio por Adesão ou de sua vinculação à patrocinadora;
II. o beneficiário dependente ou pertencente ao grupo familiar, cuja inscrição no plano ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data em que tornar elegível para o plano, observadas as regras dispostas no Capítulo I do Título VI deste regulamento;
III. o beneficiário de pensão que se inscrever na condição de pensionista dentro de 60 (sessenta) dias do óbito do titular.

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

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

TÍTULO V
Do Acesso às Coberturas e Das 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 da seguinte forma:

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 RN 566/2022 da ANS, ou outra que venha a substitui-la, passará a contar a partir desta data.

§ 1° 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 especifica do plano e o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas Diretrizes editadas pela ANS.

§ 2° 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, à GEAP realizará a marcação e prévia e autorização do atendimento em prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes ou na região de saúde à 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 RN nº 566/2022, ou outra que venha a substitui-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 translado 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 junto ao 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/ANS 490/2022, ou outro normativo que venha a substitui-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).

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

CAPÍTULO I
Das Carências

Art. 45 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- casos de urgência (acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional) e emergência (risco imediato à vida ou lesões irreparáveis): 24 (vinte e quatro) horas;
II- consultas eletivas, exames e procedimentos básicos: 30 (trinta) dias;
III- demais procedimentos: 180 (cento e oitenta) dias;
IV- partos a termo, excluídos os partos prematuros e decorrentes de complicações no processo gestacional: 300 (trezentos) dias;
V- para doenças e lesões preexistentes (Cobertura Parcial Temporária – CPT): 24 (vinte e quatro) meses; e
VI- *up grade* de rede prestadora: 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos eletivos e de urgência e emergência realizados nos novos prestadores.

§ 1° O beneficiário oriundo de outra operadora e 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.

§ 2° A antecipação de contribuições mensais não abreviará os prazos de carências estipulados neste artigo.

§ 3º O recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário titular poderá ser inscrito no plano na condição de dependente, estando isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a sua inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

§ 4º O menor de 12 (doze) anos adotado ou menor sob guarda ou tutela do beneficiário titular, poderá ser inscrito 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.

§ 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, seus dependentes e grupo familiar, se a adesão ao plano de saúde ocorrer dentro de 30 (trinta) dias do efetivo exercício.

§ 7º Aos beneficiários pertencentes ao grupo familiar, estará garantida a isenção do cumprimento dos períodos de carência, desde que oriundos do plano na condição de dependente e o titular esteja adimplente com a suas obrigações junto à GEAP, seus, façam a opção no prazo de 60 (sessenta) dias da exclusão e tenham cumprido a carência no plano de origem.

§ 8º Aos beneficiários do grupo familiar estará garantida a isenção do cumprimento dos períodos de carência, desde que a sua inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção e que seja filho de beneficiário vinculado a um dos planos de saúde administrados pela GEAP.

§ 9º Não estará obrigado ao cumprimento de nova carência, neste plano, o pensionista que se inscrever, nessa condição, dentro de 60 (sessenta) dias da data do recebimento da comunicação inequívoca da unidade de recursos humanos da patrocinadora do titular à GEAP.

§ 10 Se o beneficiário utilizar os serviços da rede de saúde da GEAP no período de carência, o responsável pelo Termo de Adesão ou o responsável financeiro arcará com o ônus integral das despesas provenientes desses atendimentos.

§ 11 Em caso de migração de beneficiário para outro plano, não haverá o cumprimento de nova carência 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; ou
II - se a migração ocorrer entres planos de idêntica cobertura e acomodação.

§ 12 No caso de migração entre planos com coberturas diferenciadas, o beneficiário deverá observar o que dispõem os parágrafos 6º e 7º do artigo 13 deste regulamento.

CAPÍTULO II
Da Portabilidade de Carências

Art. 46 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/ANS nº 438/2019, 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 está 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. 47 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 junto à operadora de origem;
III-ter cumprido prazo de permanência, conforme previsto no artigo 37 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. 48 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. 49 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. 50 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 carências do plano de destino descontado do tempo em que permaneceu no plano de origem.

Art. 51 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 36 deste regulamento.

Art. 52 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. 53 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. 54 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 compatibilidade 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. 55 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. 56 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. 57 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. 58 Caso o beneficiário não atenda aos requisitos legais previstos nos artigos 36 e 49 deste regulamento, a GEAP poderá recusar a solicitação de portabilidade de carências apresentando a devida justificativa.

Seção II
Da Portabilidade Especial e Extraordinária

Art. 59 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 vinculo 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. 60 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 Normativa/ANS n° 438/2019, ou outra que venha a substitui-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 II
Das Garantias de Atendimento no Período de Carência

Art. 61 Após 24 (vinte e quatro) horas da contratação do plano, será garantida a cobertura aos atendimentos de urgência e emergência. Porém, 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:

a) urgência por acidente pessoal: atendimento integral;

b) urgência por outras causas, com carência para internação não cumprida: limitado às 12 (doze) primeiras horas;

c) emergência com carência para internação não cumprida: atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas;

d) caso de urgência por complicações na gravidez, quando a beneficiária ainda está com carência para internação 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 III
Das Garantias de Remoção no Período de Carência

Art. 62 Nos casos de urgência e de emergência, quando o beneficiário estiver em cumprimento do período de carência será garantida a remoção entre unidades de saúde (da unidade de origem para a unidade de destino), em ambulância terrestre, dentro da área geográfica de abrangência, observada a área de atuação e rede assistencial do plano, 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 Sistema Único de Saúde - SUS que disponha dos recursos necessários que garanta 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
Das Receitas e Das Contribuições

CAPÍTULO I
Das Receitas

Art. 63 O plano terá como fontes de custeio:

I – contribuições mensais definidas em função da faixa etária do beneficiário titular ou de seus dependentes, observando-se a Resolução publicada anualmente pelo Conselho de Administração – CONAD da GEAP, sendo rateada entre a patrocinadora e o beneficiário da seguinte forma:

a) valor de per capita da patrocinadora; e
b) contribuição/mensalidade do beneficiário.

II – outras receitas, dotações, doações e legados destinados ao plano.

§1º O valor da contribuição/mensalidade de que o inciso I do caput deste artigo é fixado por plano e por faixa etária e poderá ser reajustado nas seguintes hipóteses:

I – anualmente, no mês de aniversário do Convênio por Adesão ao qual o beneficiário estiver vinculado, independentemente da data de inclusão do beneficiário no plano, e sempre que a reavaliação atuarial recomendar, conforme Resolução própria votada, aprovada e editada pelo Conselho de Administração – CONAD da GEAP, com aplicação automática pela GEAP, não sendo necessário firmar Termo Aditivo, garantindo-se que a atualização não ocorrerá em periodicidade inferior a 12 (doze) meses.

II – com a alteração de idade do beneficiário que implique mudança de faixa etária.

§2º O reajuste anual descrito no inciso I do parágrafo 1º será composto cumulativamente pelo índice financeiro e pelo índice técnico (reajuste atuarial), quando for necessário restabelecer o equilíbrio econômico-atuarial do Convênio por Adesão ao qual o beneficiário estiver vinculado.

§3º O reajuste que trata o parágrafo 2º deverá ser comunicado pela GEAP a patrocinadora com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da sua aplicação, acrescido de extrato pormenorizado contendo os itens considerados para o cálculo do reajuste:

a) o critério técnico adotado para o reajuste e a definição dos parâmetros e das variáveis utilizados no cálculo;
b) a demonstração da memória de cálculo realizada para a definição do percentual de reajuste e o período de observação; e
c) o canal de atendimento da operadora para esclarecimento de dúvidas quanto ao extrato apresentado.

§4º A variação dos valores de contribuição/mensalidade por faixa etária observará o disposto na Resolução Normativa – RN Nº 63, de 22 de dezembro de 2003, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, ou outra que venha a substituí-la.

§5º As faixas etárias e as variações percentuais de valores de mensalidades estão previstas no Convênio por Adesão ao qual o beneficiário estiver vinculado.

§6º O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária e a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

§7º Os reajustes previstos neste artigo incidirão sobre o valor da última contribuição/mensalidade paga e somente serão cobrados no mês seguinte ao da respectiva ocorrência.

§8º Nos casos de migração entre os planos, por iniciativa do titular ou por migração total da carteira, o beneficiário deverá arcar com o custo do novo plano, não configurando reajuste de contribuição/mensalidade de que trata este artigo.

§ 9° Os beneficiários titulares serão responsáveis pelo pagamento dos valores correspondentes à contribuição/mensalidade e coparticipações, de suas inscrições e de seus dependentes, ficando sujeito à aplicação das medidas legais cabíveis quando da inadimplência.

§ 10° Os beneficiários do grupo familiar que tenham idade igual ou superior a 18 (dezoito) anos, ou o responsável legal dos beneficiários considerados menores ou incapazes, serão responsáveis pelo pagamento dos valores correspondentes à contribuição/mensalidade e coparticipações, de suas inscrições, ficando sujeito à aplicação das medidas legais cabíveis quando da inadimplência.

Art. 64 O reajuste da contribuição/mensalidade do plano será definido com base na avaliação atuarial, realizada por profissional atuário devidamente habilitado, de forma a assegurar o equilíbrio econômico-atuarial de cada convênio aprovado pelo Conselho de Administração – CONAD da GEAP.

§ 1º É vedado o reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, do aniversário do convênio, ressalvadas as variações no valor da contribuição/mensalidade, em razão de mudanças de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei n.º 9.656/1998, bem como na ocorrência de eventos determinantes de alterações nas despesas dos planos.

§ 2º É vedada a aprovação do reajuste das contribuições mensais cuja avaliação atuarial indique ser insuficiente para a continuidade da prestação de assistência à saúde no atendimento das coberturas previstas neste regulamento, bem como, o reajuste diferenciado para beneficiários inscritos no plano vinculados de um mesmo convênio.

CAPÍTULO II
Das Contribuições

Art. 65 As contribuições dos beneficiários 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 esteja vinculado.

§ 1º Na impossibilidade da 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.

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

§ 4º A primeira contribuição/mensalidade mencionada no parágrafo 3º deste artigo, diz respeito ao primeiro ingresso ou a 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.

§ 7º O valor integral do plano GEAPClássico 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.

§ 8º 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.

§ 9º 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.

§ 10º 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 a exclusão da inscrição prevista no inciso III do artigo 14, bem como o registro do CPF do titular e/ou responsável financeiro nos órgãos de proteção ao crédito.

TÍTULO VIII
CAPÍTULO ÚNICO
Das Coparticipações

Art. 66 As coparticipações oriundas da realização dos procedimentos ou eventos realizados pelos benefi¬ciários 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 V).

§ 1º A coparticipação será cobrada em percentual ou valores fixos, conforme Convênio por Adesão ao qual o beneficiário é vinculado ou, na ausência de negociação específica, será aplicada a cobrança padrão estabelecida neste Regulamento (Anexo V).

§ 2º A cobrança da coparticipação para o beneficiário autopatrocinado e do grupo familiar será limitada a 60% (sessenta por cento) do valor correspondente à última contribuição/mensalidade vigente no ato da cobrança.

§ 3º Os valores de coparticipação serão cobrados mediante desconto em folha de pagamento, Título de Cobrança Bancário – TCB ou outro instrumento de cobrança observado o disposto no Convênio por Adesão ao qual o titular estiver vinculado.

§ 4º 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.

§ 5º Nos casos em que o beneficiário for cancelado unilateralmente pela GEAP por inadimplência ou encerramento ou rescisão do Convênio por Adesão, conforme incisos III e XI do artigo 18 e que permanecer em tratamento a que se refere os parágrafos 5º e 6º do mesmo artigo, será lançada a cobrança das participações conforme definido no parágrafo 1º deste artigo.

§ 6º A cobrança das participações em caso de exclusão do beneficiário do plano por outros motivos, com exceção do disposto no parágrafo 5º deste artigo, será realizada de forma integral.

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

CAPÍTULO I
Do Direito ao Reembolso

Art. 67 Para ter direito a 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, em consonância com as determinações da ANS observada a área de abrangência geográfica e de atuação, bem como de rede especifica do plano.

§ 1º 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.

§ 2º Em caso de o titular estar impossibilitado das suas faculdades físicas e/ou mentais para requerer o reembolso o representante deverá apresentar termo de curatela válido a quem o juiz determinar.

§ 3º Nos casos dos beneficiários menores de 18 (dezoito) anos, mantidos por força dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/98, o reembolso será concedido ao responsável legal.

§ 4º O reembolso poderá ser concedido ao executor das despesas, que não seja o beneficiário descrito no caput, mediante a apresentação de procuração pública, registrada em cartório, emitida pelo beneficiário do plano com poderes específicos para requerer e receber o reembolso, devidamente instruída com os comprovantes de pagamento em nome do executor.

CAPÍTULO II
Da Concessão do Reembolso

Art. 68 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 especifica 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 não consiga a disponibilização do serviço dentro dos prazos estabelecidos pela Resolução Normativa ANS vigente na ocasião do atendimento, comprovado, mediante apresentação do protocolo de atendimento emitido pela GEAP, o reembolso será integral.

III- de urgência/emergência quando não for possível a 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.

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

CAPÍTULO III
Da Solicitação de Reembolso

Art. 69 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 originais.

Parágrafo único. Nos casos previstos nos parágrafos 1º, 2º e 3º do artigo 67 deste regulamento, poderão requerer o reembolso:

a) o representante do espólio ou a quem o juiz determinar;
b) o responsável legal do menor mantido no plano, por forças dos artigos 30 e 31 da Lei nº. 9.656/98;
c) o curador, mediante a apresentação do termo de curatela; e
d) o procurador do beneficiário devidamente constituído para este fim.

Art. 70 Para solicitação de reembolso, em se tratando de beneficiários residentes nas capitais dos estados, será necessária a apresentação de formulário de Requerimento de Reembolso - RR, disponível no sítio eletrônico da GEAP (http://www.geap.org.br/reembolso/reembolso.asp), devidamente preenchido, juntamente com a documentação original do atendimento, constante no Anexo III.

Art. 71 As solicitações de reembolso requisitadas pelos beneficiários se darão via atendimento presencial, ou residentes no interior, via malote ou Correios, no qual serão examinados e concluídos pela Unidade Administrativa da GEAP no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data do recebimento pela operadora.

§1º Caso a documentação esteja incompleta, o beneficiário receberá, juntamente com o número de protocolo de atendimento, a justificativa da impossibilidade da abertura da requisição do reembolso informando os documentos faltantes.

§2º Observações Gerais: Todas as notas fiscais deverão ser originais e 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. 72 Nos casos em que o beneficiário 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, telefone para contato, dados bancários da conta a ser creditado o reembolso e a assinatura do beneficiário, ou de seu responsável legal, mediante o envio da procuração pública, devidamente registrada em cartório.

Art. 73 Após o processamento das guias específicas para reembolso, o crédito do valor apurado 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 requerer o reembolso, em até 30 (trinta) dias. 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.

Art. 74 Para o executor das despesas, que não beneficiário da GEAP, o reembolso se dará mediante apresentação de procuração pública, registrada em cartório, emitida pelo beneficiário do plano com poderes específicos de requerer e receber o reembolso, devidamente instruída com os comprovantes de pagamento.

Art. 75 Nos casos de indeferimento do pedido de reembolso, o beneficiário poderá reapresentar a solicitação com pedido de revisão, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data do Aviso de Recebimento – A.R., emitido pelos Correios, por meio do qual a GEAP procedeu à devolução dos documentos, ou da data do envio da mensagem eletrônica de resposta.

Art. 76 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 protocolo.

Art. 77 A partir da finalização do registro, todo o acompanhamento do reembolso se dará por meio do número de protocolo emitido pela Unidade Administrativa da GEAP, conforme padrão da ANS, ou pelo CPF do beneficiário, por meio do sítio eletrônico da GEAP (http://www.geap.org.br/REEMBOLSO/reembolso.asp) ou pela Central Nacional de Teleatendimento da GEAP.

CAPÍTULO IV
Da Coparticipação no Reembolso

Art. 78 A cobrança de coparticipação no caso de deferimento do pedido de reembolso, incidirá sobre os serviços ou procedimentos realizados pelos beneficiários de acordo com os critérios estabelecidos no Título VIII deste regulamento.

TÍTULO X
CAPÍTULO ÚNICO
Do Mecanismo de Regulação – Autorização Prévia

Art. 79 A GEAP adotará, como mecanismos de regulação para o plano, a autorização prévia para os procedimentos e serviços em saúde, conforme a necessidade e discorrido em sítio da ANS.

§ 1º 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.

§ 2º Todas as solicitações de procedimentos, sejam cirúrgicos, tratamentos seriados, hemodiálise, quimioterápicos, radioterapias, exames e serviços em saúde que necessitem da autorização prévia devem ser solicitadas no sistema da GEAP pelo prestador de serviços e, deverá vir acompanhado de um pedido médico, datado e assinado pelo profissional assistente e com a descrição dos procedimentos e/ou exames a serem realizados, bem como sua indicação clínica.

§ 3º As internações eletivas ou programadas, necessitarão impreterivelmente de autorização prévia pela GEAP, seguindo os prazos da RN 566/2022, ou da norma que eventualmente a substitua.

§ 4º Os pedidos de órteses e próteses e de materiais especiais ligados ao ato cirúrgico dependerá de autorização prévia da GEAP quando solicitados para procedimentos ELETIVOS e cirurgias programadas.

§ 5º A avaliação da autorização dos procedimentos e OPME (órteses, próteses e materiais especiais) deverá ocorrer nos prazos estabelecidos pela RN 566/2022 que preconiza a

garantia de atendimento, ou outra que venha a substitui-la.

§ 6º A contagem do prazo estabelecido no parágrafo anterior iniciar-se-á da data da solicitação no sistema da GEAP, realizada pelo médico assistente ou prestador.

§ 7º Em caso de divergência médica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse ocorrerá conforme preconiza a Resolução Normativa – RN N. º 424, de 26 de junho de 2017 da Agência Nacional de Saúde Suplementar/ANS, ou outra que venha a substitui-la.

§ 8° 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 junto à 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.

§ 9° Os pedidos de órteses e próteses e de materiais especiais 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 junto à 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.

§ 10 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.

TÍTULO XI
CAPÍTULO ÚNICO
Das Disposições Finais

Art. 80 O plano possui recursos próprios e as receitas e despesas são registradas em conta específica.

Art. 81 Em caso de extinção do plano, depois de liquidados os seus compromissos, o

Conselho de Administração - CONAD da GEAP, definirá a destinação do eventual recurso remanescente.

Art. 82 Serão descontadas integralmente do responsável pelo Termo de Adesão as despesas dos beneficiários que, sob sua responsabilidade, caracterizarem uso indevido do plano, independentemente das sanções cíveis e penais cabíveis e de outras medidas previstas neste regulamento.

Parágrafo único. Caracteriza-se como uso indevido do plano:

I - a utilização fraudulenta de documentos e formulários do plano; e
II-a utilização do Cartão de Identificação do Beneficiário - CIB, por beneficiários cancelados e/ou por terceiros.

Art. 83 Ressalvados os casos de cobrança indevida, não serão restituídas contribuições ou demais pagamentos realizados em nome dos beneficiários para o plano.

Art. 84 Os Termos de Adesão, de Retorno, de Migração estão disponíveis a todos os beneficiários no sitio da GEAP na internet www.geap.org.br, pela Central Nacional de Teleatendimento da GEAP, ou ainda, nas Unidades Administrativas da GEAP.

Art. 85 Os casos omissos e não previstos neste regulamento serão deliberados pelo Conselho de Administração - CONAD da GEAP.

Art. 86 Este regulamento entrará em vigor, depois de aprovado pelo Conselho de Administração da GEAP – CONAD, respeitadas todas as disposições legais e estatutárias.

ANEXO I
RELAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DE ABRANGÊNCIA E DE ATUAÇÃO

MA
Alcantara, Imperatriz, Peço do Lumiar, Raposa, Saõ José de Ribamar e São Luiz.

ANEXO II
DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO/RETORNO NO PLANO

TITULARES	DOCUMENTOS (ENTREGAR NO RH DA CONVENIADA)
Copatrocinado – Servidor ou empregado ativo, inativo, incluído na folha de pagamento da patrocinadora e o ocupante de cargo em comissão, enquanto permanecer em exercício.	•Termo de Adesão ou Solicitação de Retorno ao plano; •Cópia de documento de identificação (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente); •Cópia do CPF; •Autorização da patrocinadora.
Autopatrocinado - por perda de vínculo com a patrocinadora.	•Solicitação de Retorno ao plano; •Cópia de documento de identificação (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente); •Cópia do CPF; •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 patrocinadora/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 patrocinadora/conveniada.
Autopatrocinado – Servidor em licença sem vencimentos	•Solicitação de Retorno ao plano; •Cópia de documento de identificação (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente); •Cópia do CPF; •Cópia da Portaria que autoriza a licença sem vencimentos; •Cópia do último contracheque recebido na conveniada; e •Comprovante de comunicação inequívoca emitida pela patrocinadora/conveniada.

BENEFICIÁRIOS VINCULADOS AO TITULAR	DOCUMENTOS (ENTREGAR NO RH DA CONVENIADA OU DIRETAMENTE NA GEAP, OBSERVADO O QUE DISPÕE O CONVÊNIO POR ADESÃO AO QUAL O BENEFICIÁRIO TITULAR ESTIVER VINCULADO)
Cônjuge	•Termo de Adesão ou Solicitação de Retorno ao plano; •Cópia de documento de identificação (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente); •Cópia do CPF; •Cópia da Certidão de Casamento; e •Autorização da patrocinadora/conveniada.
Companheiro(a)	•Termo de Adesão ou Solicitação de Retorno ao plano; •Cópia de documento de identificação (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente); •Cópia do CPF; •Comprovação de União Estável; e (**) •Autorização da patrocinadora/conveniada.
Pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável heteroafetiva ou homoafetiva reconhecida e dissolvida judicialmente	•Termo de Adesão ou Solicitação de Retorno ao plano; •Cópia de documento de identificação (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente); •Cópia do CPF; •Cópia da Certidão de Casamento com averbação da separação judicial ou divórcio onde 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 patrocinadora/conveniada.
Filhos(as) e Enteados(as) até a idade de 21 anos incompletos	•Termo de Adesão ou Solicitação de Retorno ao plano; •Cópia da Carteira de Identidade ou cópia da Certidão de Nascimento, se menor de 18 anos; •Cópia do CPF; •Cópia da Certidão de Casamento ou comprovação de união estável (Enteado/a)(**); e •Autorização da patrocinadora/conveniada.

Filhos(as) e Enteados(as), estudantes, com idade entre 21 e 24 anos	•Termo de Adesão ou Solicitação de Retorno ao plano; •Cópia de documento de identificação (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente); •Cópia do CPF. •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 (Enteado/a); •Autorização da patrocinadora/conveniada.
Filhos(as) e Enteados(as) Inválidos	•Termo de Adesão ou Solicitação de Retorno ao plano; •Cópia da Carteira de Identidade; •Cópia da Certidão de Nascimento, se menor de 18 anos; •Cópia do CPF; •Documento comprobatório da invalidez, emitido por perito oficial em saúde; •Cópia da Certidão de Casamento ou comprovação de união estável (Enteado/a) (**); •Autorização da patrocinadora/conveniada.
Criança ou Adolescente sob Guarda ou Tutela	•Termo de Adesão ou Solicitação de Retorno ao plano; •Cópia da Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento. •Cópia do CPF; •Termo de Guarda, definitivo ou provisório, Tutela, ou sentença judicial proferidas por Juiz competente, vinculando a Guarda/Tutela da Criança ou Adolescente ao Titular; •Autorização da patrocinadora/conveniada.
Filho(a) do(a) Titular	•Termo de Adesão ou Solicitação de Retorno ao plano; •Cópia de documento de identificação (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente); e •Cópia do CPF.
Enteado(a) do(a) Titular	•Termo de Adesão ou Solicitação de Retorno ao plano. •Cópia de documento de identificação (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente);

	•Cópia do CPF; 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	•Termo de Adesão ou Solicitação de Retorno ao plano; •Cópia de documento de identificação (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente); •Cópia do CPF; •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 *	•Termo de Adesão ou Solicitação de Retorno ao plano; •Cópia de documento de identificação (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente); •Cópia do CPF; •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	•Termo de Adesão ou Solicitação de Retorno ao plano. •Cópia da Identidade ou cópia da Certidão de Nascimento, se menor de 18 anos de idade; •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); e •Cópia do CPF.
Enteado(a) do filho(a) do(a) Titular *	•Termo de Adesão ou Solicitação de Retorno ao plano. •Cópia da Identidade ou cópia da Certidão de Nascimento, se menor de 18 anos de idade; •Cópia do CPF; •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) Filho(a) do(a) Titular.
Filho(a) do(a) Enteado(a) do(a) Titular *	•Termo de Adesão ou Solicitação de Retorno ao plano; •Cópia da Identidade ou cópia da Certidão de Nascimento, se menor de 18 anos de idade; •Cópia do CPF; •Cópia da Certidão de Casamento ou Comprovação de Companheirismo do(a) genitor(a) do enteado(a) com o(a) Titular (**); e •Cópia da Identidade do(a) Enteado(a) do(a) Titular.
Irmão(ã) do(a) Titular	•Termo de Adesão ou Solicitação de Retorno ao plano; •Cópia da Identidade ou da Certidão de Nascimento, se menor de 18 anos de idade, constando o nome de pelo menos um dos genitores do(a) Titular; •Cópia do CPF.
Cunhado(a) do(a) Titular *	**Cônjuge ou Companheiro(a) do Irmão(ã) do(a) Titular:** •Termo de Adesão ou Solicitação de Retorno ao plano; •Cópia da Identidade ou da Certidão de Nascimento, se menor de 18 anos de idade, do(a) Irmão(ã) do(a) Titular, devendo constar o nome de pelo menos um dos genitores do(a) Titular; •Cópia da Certidão de Casamento ou Comprovação de Companheirismo do(a) cônjuge ou companheiro(a) com o(a) Irmão(ã) do(a) Titular (**); e •Cópia do CPF. **Irmão (ã) do Cônjuge ou Companheiro(a) do(a) Titular:** •Termo de Adesão ou Solicitação de Retorno ao plano; •Cópia da Certidão de Casamento ou Comprovação de Companheirismo do(a) Titular(**); •Cópia da Identidade ou cópia da Certidão de Nascimento, se menor de 18 anos de idade, do(a) Cônjuge ou Companheiro(a) do(a) Titular e do seu Irmão(ã), constando o nome de pelo menos um de seus genitores; e •Cópia do CPF.

Sobrinho(a) do(a) Titular *	**Por consanguinidade:** **Filho(a) do Irmão(ã) do(a) Titular:** •Termo de Adesão ou Solicitação de Retorno ao plano; •Cópia da Identidade ou cópia da Certidão de Nascimento, se menor de 18 anos de idade, do(a) Irmão(ã) do(a) Titular constando o nome de pelo menos um dos genitores do(a) Titular; •Cópia da Identidade ou cópia da Certidão de Nascimento, se menor de 18 anos de idade, do(a) Sobrinho(a) do(a) Titular; e
Pai do(a) Titular	•Termo de Adesão ou Solicitação de Retorno ao Plano •Cópia da Identidade do(a) Titular constando o nome do seu genitor; •Cópia da Identidade do pai do(a) Titular; •Cópia do CPF; e •Comprovação de Dependência Econômica.(***)
Padrasto do(a) Titular	•Termo de Adesão ou Solicitação de Retorno ao Plano •Cópia da Identidade do(a) Titular constando o nome de sua genitora; •Cópia Certidão de Casamento ou Comprovação de Companheirismo da genitora com o Padrasto do(a) Titular; •Cópia da Identidade do Padrasto do(a) Titular; •Cópia do CPF; •Comprovação de Dependência Econômica.(***)
Mãe do(a) Titular	•Termo de Adesão ou Solicitação de Retorno ao Plano •Cópia da Identidade do(a) Titular constando o nome do sua genitora; •Cópia da Identidade da Mãe do(a) Titular; •Cópia do CPF; •Comprovação de Dependência Econômica.(***)
Madrasta do(a) Titular	•Termo de Adesão ou Solicitação de Retorno ao Plano.. •Cópia da Identidade do(a) Titular constando o nome de seu genitor;

	•Cópia da Certidão de Casamento ou Comprovação de Companheirismo do genitor com a Madrasta do(a) Titular (**); •Cópia da Identidade da Madrasta do(a) Titular; •Cópia do CPF; •Comprovação de Dependência Econômica.(***)
Sogro e sogra do(a) Titular *	•Termo de Adesão ou Solicitação de Retorno ao plano; •Cópia da Identidade do(a) Sogro/Sogra; •Cópia da Certidão de Casamento ou Comprovação de Companheirismo do(a) Titular. Se Companheiro(a) deverá ser apresentado cópia da Identidade deste(a) (**); •Cópia do CPF do(a) Sogro(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
Tio e Tia do(a) Titular *	**Por consanguinidade:** **1. Irmão(ã) do(a) pai ou da mãe do(a) Titular:** •Termo de Adesão ou Solicitação de Retorno ao plano; •Cópia da Identidade do Tio(a) do(a) Titular; •Cópia de documento do Pai ou da Mãe do(a) Titular, onde conste seus genitores, devendo coincidir pelo menos um deles com os genitores do Tio(a) do Titular;
Bisneto(a) do(a) Titular *	**Por consanguinidade:** **1. Filho(a) do(a) neto(a) do(a) Titular:** •Termo de Adesão ou Solicitação de Retorno ao plano; •Cópia de documento de identificação (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente ou cópia da Certidão de Nascimento, se menor de 18 anos de idade; •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); e
Criança ou Adolescente sob guarda ou tutela do(a) Titular *	**Vinculado ao Titular:** •Termo de Adesão ou Solicitação de Retorno ao plano; •Cópia da Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento; •Cópia do CPF; e •Termo de Guarda, definitivo ou provisório, Tutela ou sentença judicial proferidas por Juiz competente, vinculando a Guarda/Tutela da Criança ou Adolescente ao Titular; **Vinculado ao Cônjuge ou Companheiro(a):** •Termo de Adesão ou Solicitação de Retorno ao plano; •Cópia da Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento; •Cópia do CPF; e •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.
Primo(a) do(a) Titular *	**Por consanguinidade:** **1. Filho(a) do(a) irmão(ã) do(a) pai ou da mãe do(a) Titular:** •Termo de Adesão ou Solicitação de Retorno ao plano; •Cópia da Identidade do Tio(a) do(a) Titular; •Cópia da Identidade do Filho(a) do(a) Tio(a) do(a) Titular; •Cópia de documento do Pai ou da Mãe do(a) Titular, onde conste seus genitores, devendo coincidir pelo
Sobrinho(a) Neto(a) do(a) Titular *	**Por consanguinidade:** **1. Neto(a) do(a) Irmão(ã) do(a) Titular:** Termo de Adesão ou Solicitação de Retorno ao plano;

	Cópia da Identidade do Irmão(ã) do(a) Titular; Cópia da Identidade do Filho(a) do(a) Irmão(ã) do(a) Titular; Cópia da Certidão de Nascimento ou RG do Sobrinho(a) Neto(a) do(a) Titular; Cópia do CPF do Sobrinho(a) Neto(a) do(a) Titular.
Trineto (a) do (a) Titular *	**Por consanguinidade:** **1. Filho (a) do (a) bisneto (a) do (a) titular:** •Termo de Adesão ou Solicitação de Retorno ao plano; •Cópia de documento de identificação (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente ou cópia da Certidão de Nascimento, se menor 18 anos de idade); •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) Neto (a) do (a) titular, genitor (a) do bisneto (a) (****).
Avô ou Avó do (a) Titular*	**Por consanguinidade:** **1. Avô ou avó do (a) titular:** •Termo de Adesão ou Solicitação de Retorno ao plano; •Cópia de documento de identificação (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 (****).

	Por afinidade: **1.Avô ou avó do (a) Cônjuge/Companheiro (a) do (a) titular:** •Termo de Adesão ou Solicitação de Retorno ao plano; •Cópia de documento de identificação (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) titular (**); •Cópia de documento oficial do Pai ou da Mãe do (a) Cônjuge ou Companheiro (a) do (a) titular, onde conste seus genitores (****).
Bisavô ou Bisavó do (a) Titular*	**Por consanguinidade:** **1. Bisavô ou Bisavó do (a) titular:** •Termo de Adesão ou Solicitação de Retorno ao plano; •Cópia de documento de identificação (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 (****).
Trisavô ou Trisavó do (a) Titular*	**Por consanguinidade:** **1. Trisavô ou Trisavó do (a) titular:** •Termo de Adesão ou Solicitação de Retorno ao plano; •Cópia de documento de identificação (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
Tio-Avô ou Tia-Avó do (a) Titular*	**Por consanguinidade:** **1. Tio-Avô ou Tia-Avó do (a) titular:** •Cópia de documento de identificação (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

PENSIONISTAS	DOCUMENTOS (ENTREGAR NO RH DA PATROCINADORA/CONVENIADA)
Pensionistas *	•Termo de Adesão ou Solicitação de Retorno ao plano; •Cópia de documento de identificação (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente); •Cópia do CPF; •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; •Autorização da patrocinadora/conveniada.

* Na inscrição/retorno de beneficiário integrante do grupo familiar, bem como do pensionista, 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 e/ou união homoafetiva (existência de união estável) deverá consultar a unidade 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, através da Declaração Anual de Imposto de Renda do titular, onde 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 através 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.

REEMBOLS	BENEFICIÁRIOS INSCRITOS NO PLANO CLASS II
Consultas	•O recibo deverá ser emitido em nome do beneficiário, seja ele dependente, titular ou agregado, 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 (numérico e extenso) e localidade de atendimento; •a nota fiscal (convencional ou eletrônica) deverá ser emitido em nome do beneficiário, seja ele dependente, titular ou agregado, 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 dos serviços realizados, a especialidade , o registro no respectivo Conselho de Classe, data, assinatura e valor pago; e local de atendimento; e •para os prestadores pessoa jurídica é obrigatória a emissão de nota fiscal (convencional ou eletrônica). •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. •Em caso de necessidade de informações complementares, poderá ser solicitado novas documentações.
Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia SADT	•recibo ou nota fiscal (convencional ou eletrônica) emitida pelo prestador de serviços, com a discriminação de cada procedimento realizado, quantidade e a data

	de sua realização. 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; •o recibo deverá ser emitido em nome do beneficiário, seja ele dependente, titular ou agregado, ou do responsável pelo pagamento da despesa (desde que conste o nome do beneficiário no corpo do recibo); contendo a especialidade, o registro no respectivo Conselho de Classe, CPF, carimbo e assinatura do prestador e local de atendimento; •a nota fiscal (convencional ou eletrônica) deverá ser emitido em nome do beneficiário, seja ele dependente, titular ou agregado, ou do responsável pelo pagamento da despesa (desde que conste o nome do beneficiário no corpo da Nota Fiscal), devidamente liquidada; conter o CNPJ, data e a assinatura e local de atendimento; •o relatório do profissional assistente (Médico), com a justificativa da necessidade da realização do(s) procedimento(s), a hipótese diagnóstica e o plano de tratamento, quando for o caso. •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 agregado, 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 e localidade de atendimento; •a Nota Fiscal (convencional ou eletrônica) deverá ser emitido em nome do beneficiário, seja ele dependente, titular ou agregado, ou do responsável pelo pagamento da despesa (desde que conste o nome do beneficiário no corpo da Nota Fiscal), devidamente liquidada; A Nota fiscal deverá conter a discriminação de cada serviço realizado, quantidade, valores unitários e a da de atendimento, conter o CNPJ, data e localidade do atendimento; •o relatório do profissional assistente (Médico), com a justificativa da necessidade da realização do(s) procedimento(s), a hipótese diagnóstica e o plano de tratamento, quando for o caso; e •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, discriminação dos honorários da equipe médica envolvida no procedimento se for o caso, data de atendimento e realização e se for o caso discriminação do período de internação conter CNPJ, data e localidade de

	•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 serviço realizado, discriminação dos honorários da equipe médica envolvida no procedimento se for o caso, data de atendimento e realização e localidade de atendimento. •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; e •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 RN 368/2015 da ANS. •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.
Tratamentos Seriados	•recibo ou nota fiscal (convencional ou eletrônica), emitida pelo prestador de serviços, com discriminação de cada procedimento realizado com quantidade, valor unitário, data de atendimento localidade do atendimento; •relatório do profissional 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 e data de realização; •A fisioterapia só é acoberta quando justificada e indicada por profissional Médico registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM; •Acupuntura: Coberta quando realizada por profissional médico •Em caso de tratamento contínuo da terapia, o relatório médico deve ser atualizado após 03 (três) meses da data de emissão. •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.

ANEXO IV
DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAR REEMBOLSO DE DESPESAS ODONTOLÓGICAS

REEMBOLS	BENEFICIÁRIOS INSCRITOS NO PLANO GEAP CLASS II
CONSULTAS E EXAMES ODONTOLÓGICOS	• Consulta Eletiva: Recibo ou Nota Fiscal (convencional ou eletrônica), emitida pelo Profissional/entidade, com a discriminação do procedimento, do valor, data de sua realização, carimbo, conselho de classe e assinatura do dentista assistente. • Consulta Urgência: Recibo ou Nota Fiscal (convencional ou eletrônica), emitida pelo Profissional/entidade, com a discriminação dos procedimentos realizados e valores unitários. - Relatório com a justificativa da urgência, detalhamento do procedimento realizado, data, carimbo, conselho de classe e assinatura do dentista assistente. • O Recibo deverá ser emitido em nome do beneficiário, seja ele dependente, titular, agregado, ou do responsável pelo pagamento da despesa (desde que conste o nome do paciente/ beneficiário no corpo do recibo); contendo a discriminação do atendimento, a especialidade, o registro no respectivo Conselho de Classe/CRO, CPF, data, carimbo e assinatura do dentista assistente e valor pago (numérico e extenso). •A Nota Fiscal (convencional ou eletrônica) deverá ser emitida em nome do beneficiário, seja ele dependente, titular, agregado, ou do responsável pelo pagamento da despesa (desde que conste o nome do paciente/ 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 e a (assinatura do dentista assistente para Nota Fiscal convencional) e valor pago.

	• 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. Solicitação do dentista assistente com a data, assinatura, carimbo com conselho de classe, identificação do beneficiário descrição dos procedimentos com valores unitários, região/dente, justificativa/ indicação para o exame e hipótese diagnóstica. O Recibo deverá ser emitido em nome do beneficiário, seja ele dependente, titular, agregado, ou do responsável pelo pagamento da despesa (desde que conste o nome do paciente/ beneficiário no corpo do recibo); contendo a discriminação do atendimento, a especialidade, o registro no respectivo Conselho de Classe, CPF, data, carimbo e assinatura do prestador valor pago (numérico e extenso). A Nota Fiscal (convencional ou eletrônica) deverá ser emitida em nome do beneficiário, seja ele dependente, titular, agregado, ou do responsável pelo pagamento da despesa (desde que conste o nome do paciente/ 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 e a (assinatura do dentista assistente para Nota Fiscal convencional) e valor pago. • 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.

PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS	• Relatório do profissional assistente, com a justificativa da necessidade de realização do (s) procedimento (s), e plano de tratamento, carimbado, datado, assinado, CRO e, demais especificações/ documentos, elencados a seguir: • No plano de tratamento deve conter a descrição e o detalhamento de cada procedimento, separadamente, e a região (ex: dente, arcada, segmento, hemiarco...), que foi realizado: • Restaurações: deve informar o material, dente e faces; •Próteses unitárias (coroas definitivas, coroas provisórias, blocos, núcleos, pinos...) deve informar material, dente e enviar o rx de diagnóstico (inicial)/ rx de conclusão do tratamento(final); • Tratamentos endodônticos: deve informar o dente, e enviar o rx de diagnóstico (inicial) / rx de conclusão do tratamento (final); •Apicetomia, aumento de coroa, exodontias e procedimentos cirúrgicos com envolvimento ósseo: informar a região e enviar o rx de diagnóstico (inicial) / rx de conclusão do tratamento (final); • laserterapia: relatório do dentista e do médico assistente com diagnóstico, CID, indicação/justificativa para a realização do procedimento, informando o número de sessões. O Recibo deverá ser emitido em nome do beneficiário, seja ele dependente, titular, agregado, ou do responsável pelo pagamento da despesa (desde que conste o nome do paciente/ beneficiário no corpo do recibo); contendo a discriminação do atendimento, a especialidade, o registro no respectivo Conselho de

	Classe, CPF, data, carimbo e assinatura do prestador valor pago (numérico e extenso). • A Nota Fiscal (convencional ou eletrônica) deverá ser emitida em nome do beneficiário, seja ele dependente, titular, agregado, ou do responsável pelo pagamento da despesa (desde que conste o nome do paciente/ 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 e a assinatura do dentista assistente para Nota Fiscal convencional) e valor pago. Em caso de necessidade de informações complementares, poderá ser solicitado novas documentações.
INTERNAÇÃO ODONTOLÒGICA	• Nos casos de internação hospitalar: nota fiscal (convencional ou eletrônica) devidamente liquidada, contendo o CNPJ do hospital que prestou o atendimento, a data e o procedimento realizado. • conta hospitalar com discriminação de cada item com valores unitários que a compõe: diárias, taxas, gasoterapia, materiais, medicamentos, exames de imagem e demais serviços prestados. Em caso de utilização de OPME´S (Órtese, próteses e ou Materiais Especiais) deve ser apresentada nota fiscal (convencional ou eletrônica) do material utilizado, contendo nome do fornecedor/distribuidor/fabricante, CNPJ do emitente, data de emissão, nome do paciente, valor pago, descrição do material, informando marca, modelo, fabricante e registro ANVISA. • cópia do relatório cirúrgico e do boletim anestésico e prontuário do paciente quando este ou o responsável o autorizar, para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

	• Documentação cirúrgica: exames complementares de diagnóstico/laudos, relatório do cirurgião (contendo diagnóstico, procedimentos, OPME, com as justificativas), datado, assinado, carimbado/CRO. • 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.

ANEXO V
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 Odontológica:

Grupo	Coparticipação
Procedimentos de prevenção	Isentos
Demais procedimentos	Isentos
Consultas Odontológicas	Isentas

III - Programa de Assistência Hospitalar:

Grupo	Coparticipação	Limite
Internação Apartamento ou UTI	R$ 400,00	Por internação (evento)

IV – 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

V – 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.

GEAP saúde O plano do servidor público

www.GEAP.com.br
Central de Atendimento: 0800 728 8300

ANS nº: 323080