



Fundação de assistência ao servidor público

REGULAMENTO DO PLANO **GEAP-Referência**

GEAP AUTOGESTÃO EM SAÚDE

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

Disponível:

<http://www.geap.com.br/download/planos-de-saude/geappreferencia-regulamento.pdf>

EQUIPE DE COORDENAÇÃO TÉCNICA

Assessoria de Produtos e Clientes – ASPC.

EQUIPE TÉCNICA

Assessoria de Produtos e Clientes - ASPC;
Assessoria de Planejamento - ASPLAN;
Gerência de Regulação Médica - GEMED;
Gerência de Assistência à Saúde - GESAU;
Gerência de Atenção e Promoção à Saúde - GEPROM;
Gerência de Arrecadação - GEAR;
Gerência de Rede Assistencial - GERA;
Gerência de Auditoria e Controle dos Serviços Assistenciais - GEAUDI; e
Gerência de Cadastro e Atendimento de Beneficiário - GECAT.

EQUIPE DE REVISÃO

Assessoria de Conformidade - ASCOR; e
Assessoria Jurídica – ASJUR.

EQUIPE DE EDIÇÃO

Assessoria de Produtos e Clientes - ASPC;

Regulamento do Plano GEAP-Referência– Registro ANS 455.830/07-8 – Brasília/DF;

Assessoria de Produtos e Clientes – ASPC, 2021.

81 folhas

Regulamento do Plano **GEAP-Referência**. Plano de Assistência à Saúde.

Diretoria Executiva

Ricardo Marques Figueiredo
Diretor-Presidente

Pablo Gontijo Resende
Diretor de Saúde

Luciano Monteiro Serrão
Diretor de Controle de Qualidade

Cláudio Lopes Barbosa
Diretor de Finanças

Marco Antônio Rassier Filho
Diretor de Administração

Conselho de Administração

Thiago Meirelles Fernandes Pereira
Presidente do Conselho de Administração

Conselheiros Titulares

Bruno César Grossi de Souza
Fábio Almeida Rabelo
Juliana Ribeiro Silveira
Márcio Freitas de Paiva
Vilma Ramos

Conselheiros Suplentes

Farlei Meyer
Márcia Cristina de Oliveira Schultz
Pedro de Abreu e Lima Florêncio
Ronald Acioli da Silveira

Conselho Fiscal

Cricia Rodrigues do Espírito Santo
Presidente do Conselho Fiscal

Conselheiros Titulares

Djalter Rodrigues Felismino
Eduardo Aggio de Sá
Nerissa Neves Pereira Ferreira

Conselheiros Suplentes

Irineu Messias de Araújo
Robson Crepaldi
Simone de Lucena Lira

S U M Á R I O

TÍTULO I.....	6
CAPÍTULO ÚNICO.....	6
Da Finalidade e Das Definições.....	6
Seção I.....	6
Da finalidade.....	6
Seção II.....	6
Das Definições.....	6
TÍTULO II.....	8
Dos Patrocinadores e Beneficiários.....	8
CAPÍTULO I.....	8
Dos Patrocinadores.....	8
CAPÍTULO II.....	9
Dos Beneficiários.....	9
TÍTULO III.....	10
Da Inscrição, Manutenção, Da Penalidades, Da Exclusão e Da Migração.....	10
CAPÍTULO I.....	10
Da Inscrição no Plano.....	10
Seção I.....	11
Do Cartão de Identificação do Beneficiário – CIB.....	11
CAPÍTULO II.....	12
Da Manutenção no Plano.....	12
Seção I.....	13
Da Perda do Vínculo Funcional ou Empregatício sem Justa Causa.....	13
Seção II.....	14
Da Aposentadoria.....	14
Seção III.....	16
Da Licença Sem Vencimentos ou Afastamento Legal.....	16
Seção IV.....	16
Da Manutenção Do Dependente e Do Grupo Familiar Após o Falecimento Do Titular.....	16
Seção.....	17
Da Manutenção Do Grupo Familiar Após a Exclusão Do Titular.....	17
CAPÍTULO III.....	18
Das Penalidades Pela Inadimplência.....	18
Seção I.....	18
Da Notificação.....	18
Seção II.....	18
Da Advertência.....	18
Seção III.....	18
Da Suspensão Do Atendimento.....	18

CAPÍTULO IV.....	19
Da Exclusão.....	19
CAPÍTULO V.....	21
Da Migração.....	21
CAPÍTULO VI.....	23
Do Retorno.....	23
TÍTULO IV.....	25
Das Garantias e Exclusões de Cobertura e Das Doenças e Lesões Preexistentes.....	25
CAPÍTULO I.....	25
Das Garantias de Coberturas.....	25
Seção I.....	25
Da Cobertura Ambulatorial.....	25
Subseção I.....	27
Da Assistência em Fisioterapia.....	27
Subseção II.....	27
Da Assistência em Psicologia.....	27
Subseção III.....	28
Da Assistência em Fonoaudiologia.....	28
Seção II.....	29
Da Cobertura Hospitalar.....	29
Seção III.....	32
Da Assistência em Hospital-Dia.....	32
Seção IV.....	33
Dos Programas.....	33
CAPÍTULO II.....	33
Das Exclusões de Cobertura.....	33
CAPÍTULO III.....	35
Das Doenças e Lesões Preexistentes - DLP.....	35
TÍTULO V.....	38
Do Acesso às Coberturas e Garantias de Remoção.....	38
CAPÍTULO I.....	38
Do Acesso às Coberturas.....	38
CAPÍTULO II.....	39
Do Tratamento Fora de Domicílio - TFD.....	39
CAPÍTULO III.....	40
Das Garantias de Remoção.....	40
TÍTULO VI.....	41
Das carências, Da Portabilidade de Carências, Das Garantias de Atendimento e Remoção nos Períodos de Carência.....	41
CAPÍTULO I.....	41
Das Carências.....	41
CAPÍTULO II.....	43

Da Portabilidade de Carências.....	43
Seção I.....	45
Da Documentação Necessária.....	45
Seção II.....	46
Da Portabilidade Especial e Extraordinária.....	46
CAPÍTULO III.....	47
Das Garantias de Atendimento no Período de Carência.....	47
CAPÍTULO IV.....	48
Das Garantias de Remoção no Período de Carência.....	48
TÍTULO VII.....	49
Do Custeio e Contribuições.....	49
CAPÍTULO I.....	49
Do Custeio.....	49
CAPÍTULO II.....	50
Das Contribuições.....	50
CAPÍTULO III.....	52
Das Coparticipações.....	52
TÍTULO VIII.....	53
Do Direito, Da Concessão, Da Solicitação e Da Coparticipação do Reembolso.....	53
CAPÍTULO I.....	54
Do Direito ao Reembolso.....	54
CAPÍTULO II.....	54
Da Concessão do Reembolso.....	54
CAPÍTULO III.....	54
Da Solicitação de Reembolso.....	54
CAPÍTULO IV.....	56
Da Coparticipação do Reembolso.....	56
TÍTULO IX.....	57
CAPÍTULO ÚNICO.....	57
Do Mecanismo de Regulação.....	57
TÍTULO X.....	58
CAPÍTULO ÚNICO.....	58
Das Disposições Finais.....	58
ANEXO I.....	60
TABELA DE COPARTICIPAÇÃO PELOS SERVIÇOS UTILIZADOS.....	60
ANEXO II.....	61
DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO/RETORNO AO PLANO.....	61
ANEXO III.....	74
DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAR REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS e HOSPITALARES.....	74

TÍTULO I
CAPÍTULO ÚNICO
Da Finalidade e Das Definições

Seção I
Da Finalidade

Art. 1º O presente regulamento tem por finalidade estipular as normas e os critérios gerais do plano GEAP-Referência administrado pela GEAP Autogestão em Saúde em favor dos titulares, seus dependentes e grupo familiar vinculados às patrocinadoras da GEAP.

§ 1º O plano GEAP-Referência é um plano coletivo empresarial, de abrangência nacional, com cobrança de coparticipação, com acomodação em enfermaria, regido pela legislação emanada pelo Poder Público, pelo Estatuto da GEAP e por este regulamento.

§ 2º Para efeitos do disposto neste regulamento deverão ser observadas as regras/requisitos dispostos no Convênio por Adesão ao qual o beneficiário está vinculado, bem como os normativos da ANS.

Art. 2º As alterações deste regulamento serão objeto de proposta da Diretoria Executiva ou de membros do Conselho de Administração da GEAP, ou seu sucessor, somente sendo realizadas com a aprovação deste último.

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

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

§ 2º As alterações deste regulamento não poderão:

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

Seção II
Das Definições

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

I-ACIDENTE PESSOAL: evento ocorrido em data específica, provocado por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, como, 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 órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

III-ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E ATUAÇÃO DO PLANO: área, definida neste Regulamento, dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar os serviços cobertos.

IV-CARÊNCIA: prazo ininterrupto durante o qual os Beneficiários não têm direito às coberturas pactuadas.

V-CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 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 - Gerência Estadual ou Gerência do Distrito Federal 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 e as regras/requisitos dispostos no Convênio por Adesão ao qual o beneficiário está vinculado, bem como os normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

TÍTULO II

Dos Patrocinadores e Beneficiários

CAPÍTULO I

Dos Patrocinadores

Art. 4º Considera-se patrocinadora, além da própria GEAP Autogestão em Saúde, a pessoa jurídica que, mediante celebração do Convênio por Adesão com a GEAP, oferece o plano GEAP-Referência e faculta a adesão de seus servidores ou empregados dos órgãos, entidades e das empresas públicas que figurarem como Instituidoras na escritura pública da GEAP Fundação de Seguridade Social.

CAPÍTULO II

Dos Beneficiários

Art. 5º Somente a pessoa inscrita como beneficiário terá direito às coberturas asseguradas pelo plano GEAP-Referência.

§ 1º Para efeitos deste regulamento são considerados beneficiários:

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

§ 2º Podem aderir ao plano GEAP-Referência como titulares:

- 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.

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

§ 4º Para efeitos do disposto neste artigo, deverão ser observadas as regras/requisitos dispostos no Convênio por Adesão ao qual o beneficiário está vinculado, bem como os normativos vigentes da ANS.

TÍTULO III

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

CAPÍTULO I

Da Inscrição no Plano

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

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

§ 2º Podem ser inscritos no plano GEAP- Referência os pensionistas, sendo facultado a estes inscrever dependentes ou beneficiários integrantes do grupo familiar relacionados neste regulamento.

§ 3º A inscrição dos beneficiários se dará por meio de opção formal em instrumento a ser firmado pelo 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.

§ 4º O titular do plano GEAP-Referência poderá inscrever dependentes e beneficiários pertencentes ao grupo familiar em quaisquer planos da GEAP, desde que previstos no Convênio por Adesão firmado com o patrocinador ao qual o titular está vinculado, observados o rol de beneficiários do plano escolhido e os requisitos para a inscrição.

§ 5º A inscrição no plano GEAP-Referência somente será processada e adquirirá validade após análise da documentação referente à Cobertura Parcial Temporária – CPT que ocorrerá em até 10 (dez) dias úteis, a contar da data de recebimento do Termo de Adesão pela GEAP com a declaração de saúde.

§ 6º O dependente poderá optar por um plano distinto do titular, desde que previsto no Convênio por Adesão firmado com o patrocinador ao qual o titular está vinculado.

§ 7º O vínculo do dependente e do beneficiário do grupo familiar é com o titular e, ocorrendo a exclusão deste, todos aqueles vinculados a ele, terão seus planos cancelados. O beneficiário do grupo familiar poderá optar por sua manutenção no plano observado o disposto na Seção V do Capítulo II deste Título.

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

§ 9º O titular compromete-se a comunicar à GEAP qualquer evento que implique em perda do seu direito e/ou de seus dependentes e beneficiários do grupo familiar inscritos no plano, entre eles, casamento, morte, ser beneficiário de outro plano mantido com recursos públicos, ou qualquer outra situação, dentro do prazo de 30 (trinta) dias a contar da data do evento, estando ciente de que fica sujeito à penalidade de advertência, que poderá ocorrer a suspensão de cobertura do plano, por fraude, caso não cumpra esse compromisso.

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

Seção I

Do Cartão de Identificação do Beneficiário – CIB

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

§ 1º Caso o beneficiário não esteja de posse do Cartão de Identificação do Beneficiário – CIB, o atendimento será liberado mediante apresentação da Declaração de Atendimento provisória disponibilizada pela GEAP, ou versão digital do cartão juntamente com documento oficial de identidade.

§ 2º A versão digital do cartão mencionada no parágrafo anterior estará disponível por meio da página da GEAP na internet, em área específica do beneficiário, o qual a acessará mediante login e senha; pelo número da Central de Atendimento da GEAP 0800 728 8300; ou ainda, nos atendimentos presenciais, na Gerência Estadual ou Gerência do Distrito Federal da GEAP.

§ 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 da versão física do CIB, conforme parágrafos anteriores.

§ 4º Ocorrendo extravio do Cartão de Identificação do Beneficiário - CIB, o fato deve ser comunicado imediatamente à Central de Atendimento da GEAP, ou à respectiva Gerência Estadual ou Gerência do Distrito Federal 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 on-line.

§ 5º A GEAP Autogestão em Saúde cobrará do beneficiário o custo correspondente à emissão de 2ª via do cartão, 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 Cartão de Identificação, sendo de uso pessoal e intransferível, cabendo ao beneficiário o dever de guardá-lo e preservá-lo.

§ 7º A utilização indevida do Cartão de Identificação do beneficiário poderá acarretar aplicação das penalidades previstas neste regulamento.

CAPÍTULO II

Da Manutenção no Plano

Art. 8º É assegurado o direito de manter a condição de beneficiário no plano GEAP - Referência, nas mesmas condições de cobertura assistencial 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;
- II- no caso de aposentadoria; ou
- III- no caso de licença sem vencimentos ou afastamento legal.

§ 1º Somente poderá se manter no plano como autopatrocinado, o ex-empregado demitido sem justa causa ou servidor exonerado, 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 vencimento.

Seção I

Da Perda do Vínculo Funcional ou Empregatício Sem Justa Causa

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

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

§ 2º O período de manutenção da condição a que se refere o caput deste artigo e conforme o prazo máximo definido na Lei nº. 9656/98 e Resolução Normativa nº 279/2011 da ANS, será de 24 (vinte e quatro) meses.

§3º O período de que trata o parágrafo 2º deste artigo, poderá ser estendido, por tempo indeterminado, por opção do beneficiário no ato da sua manutenção.

§4º O beneficiário que esteja enquadrado na regra disposta no parágrafo 3º deste artigo e recair nas condições de exclusão do plano elencadas no artigo 18 deste regulamento, terá vedado o seu retorno aos planos da GEAP.

§5º O direito de manutenção de que trata este artigo, será extensivo, obrigatoriamente, a todos os dependentes e os beneficiários do grupo familiar inscritos quando da inscrição

do titular no plano, não sendo permitidas novas inscrições de dependentes e beneficiários do grupo familiar, salvo nos casos de novo cônjuge e filhos nascidos ou adotados, após adquirida essa condição.

§ 6º O direito de manutenção, de que trata o caput deste artigo, será assegurado, desde que os beneficiários façam a opção pela manutenção no plano, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, na forma da Resolução Normativa nº 279/2011 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

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

§ 7º O direito de manutenção de que trata este artigo, está condicionado à vigência do Convênio por Adesão ao qual o beneficiário estiver vinculado.

Seção II

Da Aposentadoria

Art. 10 Ao aposentado que contribuir para planos de saúde de que tratam o inciso I e o § 1º do artigo 1º da Lei nº 9.656, de 1998, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manutenção como titular do plano, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral da contribuição/mensalidade do plano e faça formalmente a opção pela manutenção, conforme disposto nos parágrafos 1º e 2º do artigo 8º.

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

§ 2º O período de manutenção da condição a que se refere o caput deste artigo será

por tempo indeterminado, ressalvado o disposto no parágrafo 3º deste artigo, sendo extensivo, obrigatoriamente, aos dependentes e grupo familiar inscritos quando da aposentadoria do titular, sendo vedadas novas inscrições de dependentes e beneficiários integrantes do grupo familiar do titular, salvo nos casos de novo cônjuge e filhos nascidos ou adotados após adquirida esta condição.

§3º Ao aposentado que contribuir para o plano por período inferior a 10 (dez) anos é assegurado o direito de manutenção como titular, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição/mensalidade, conforme definido na Lei nº. 9.656/98 e Resolução Normativa nº 279/2011 da ANS, ou outra que venha a substituí-la.

§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 18 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 e beneficiários do grupo familiar, salvo nos casos de novo cônjuge e filhos nascidos ou adotados, após adquirida essa condição.

§ 7º O direito de manutenção de que trata o parágrafo anterior deste artigo, será assegurado, desde que os beneficiários façam a opção pela manutenção no plano, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, na forma da Resolução Normativa nº 279/2011 da ANS, ou outra que venha a substituí-la, a contar:

I- da comunicação inequívoca feita pelo empregador ao aposentado e/ou dependentes sobre a opção da manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato; ou

II- da comunicação inequívoca feita pela GEAP ao grupo familiar desses titulares sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando vinculado ao titular antes da aposentadoria.

§ 8º O direito de manutenção de que trata este artigo, está condicionado à vigência do

Convênio por Adesão ao qual o beneficiário estiver vinculado.

Seção III

Da Licença Sem Vencimentos ou Afastamento Legal

Art. 11 O servidor/empregado titular do plano GEAP-Referência 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 No caso de ingresso de nova patrocinadora o servidor/empregado que esteja em gozo de licença sem vencimentos ou afastamento legal, poderá ser inscrito diretamente nesta categoria, fazendo a opção como autopatrocinado, observando o prazo definido nos parágrafos 1º e 2º do artigo 8º.

§ 2º A contribuição/mensalidade integral a que se refere o caput deste artigo será cobrada mensalmente mediante Título de Cobrança Bancária – TCB, ou qualquer outro meio hábil e idôneo de cobrança, sendo o seu vencimento até o 5º (quinto) dia útil de cada mês.

§ 3º O período de manutenção da condição a que se refere o caput e o parágrafo 1º deste artigo será por tempo correspondente à licença sem vencimentos ou afastamento legal, sendo o direito de manutenção extensivo, obrigatoriamente, a todos os dependentes e beneficiários do grupo familiar inscritos no plano, sendo previstas novas inscrições de dependentes e beneficiários integrantes do grupo familiar do titular.

Seção IV

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

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

§ 1º Inclui-se como dependente na forma do *caput*, o beneficiário que obtenha o direito

de se tornar pensionista em virtude da morte do titular, até que o processo da pensão seja concluído.

§ 2º O direito de manutenção de que trata o *caput* deste artigo, será assegurado, desde que os beneficiários façam a opção pela manutenção no plano, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, na forma da Resolução Normativa nº 279/2011 da ANS ou outra que venha a substituí-la, a contar:

I-da comunicação inequívoca feita pelo empregador aos dependentes do titular copatrocinado; e

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

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 beneficiários do grupo familiar que tenham formalmente assumido a responsabilidade financeira do plano, a manutenção de que trata o *caput* deste artigo, ocorrerá automaticamente após a exclusão do titular.

§ 2º O direito de manutenção de que trata o *caput* deste artigo, será assegurado aos beneficiários do grupo familiar cuja responsabilidade financeira do plano seja do titular, desde que os beneficiários façam a opção pela manutenção no plano, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar:

I- da comunicação inequívoca feita pela GEAP aos beneficiários do grupo familiar dos titulares copatrocinados e autopatrocinados sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando vinculado ao titular antes da exclusão.

CAPÍTULO III

Das Penalidades Pela Inadimplência

Art. 14 O beneficiário que incorrer em atraso no pagamento da contribuição/mensalidade, poderá ser:

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

Seção I

Da Notificação

Art. 15 Haverá a notificação ao beneficiário, por meio de comunicação inequívoca, até o 5º (quinto) dia de atraso, a contar da data de vencimento da contribuição/mensalidade.

Seção II

Da Advertência

Art. 16 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. 17 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 9º do artigo 18 deste regulamento.

§2º Incorrendo nas situações previstas no parágrafo 9º do artigo 18 deste regulamento, caberá ao beneficiário observar o disposto nos parágrafos 10 ao 13 do mesmo artigo.

CAPÍTULO IV

Da Exclusão

Art. 18 O cancelamento da inscrição do beneficiário no plano GEAP-Referência ocorrerá:

I - a pedido do titular a qualquer tempo observado o disposto na Resolução Normativa nº 412/2016 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 seu 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 inadimplemento, conforme disposto no inciso IV do artigo 14;

IV- por fraude ou uso indevido do plano GEAP-Referência, mediante apuração em processo interno da GEAP, assegurando-se a ampla defesa e o contraditório, sem prejuízo das sanções cíveis e penais cabíveis;

V- suspensão de remuneração ou proventos, mesmo que temporariamente;

VI - exoneração ou dispensa do cargo ou emprego;

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

VIII - licença sem vencimentos ou afastamento legal, observado o artigo 11 deste regulamento;

IX - decisão administrativa ou judicial;

X- perda de pensão; e

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

§ 1º 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-Referência 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 está vinculado.

§ 3º A exclusão por inadimplemento se dará pelo não pagamento, da contribuição/mensalidade ou da diferença de contribuição/mensalidade, da coparticipação ou da diferença de coparticipação e do per capita autopatrocinado por período igual ou superior a 60 (sessenta) dias, ou ainda, pelo inadimplemento referente ao parcelamento de débitos, por período igual ou superior a 30 (trinta) dias.

§ 4º A exclusão de que trata o inciso III do caput deste artigo será precedido de notificação da GEAP ao responsável pelo plano, por meio de comunicação inequívoca.

§ 5º Será concedido ao titular até 2 (dois) parcelamentos ativos por inscrição, sendo que no caso de débitos renegociados já submetidos ao segundo parcelamento e não adimplidos, a concessão de novo parcelamento ficará condicionada à quitação integral daquele anteriormente acordado.

§ 6º O parcelamento dos débitos, previsto no parágrafo 5º deste artigo, poderá ser realizado em até 12 (doze) meses.

§ 7º O beneficiário que incorrer com o não pagamento do parcelamento previsto nos parágrafos 5º e 6º deste artigo, será cancelado observadas as regras dispostas no Termo de Compromisso para Parcelamento de Débitos.

§ 8º A exclusão do beneficiário titular ou do grupo familiar, não os desobriga a honrar o

pagamento das contribuições devidas e não liquidadas, bem como, as despesas de coparticipação oriundas da utilização do plano, se houver, até a data da exclusão pela operadora, ficando sujeito à aplicação das medidas legais cabíveis.

§ 9º Caso o beneficiário que esteja em tratamento em regime ambulatorial ou em uma internação, tenha sua inscrição cancelada unilateralmente pela 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.

§ 10 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 9º deste artigo.

§ 11 Caberá ao beneficiário do grupo familiar, desvinculado financeiramente do titular, 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 9º deste artigo.

§ 12 Ressalvado o disposto no parágrafo 9º deste artigo, o cancelamento da inscrição importará na perda automática das coberturas previstas neste regulamento.

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

CAPÍTULO V

Da Migração

Art. 19 O titular inscrito no plano GEAP-Referência, poderá optar pela migração aos demais planos oferecidos pela GEAP, observando as regras de cada plano conforme disposto nos regulamentos, sendo-lhe garantida a contrapartida financeira na forma estabelecida no Convênio por Adesão.

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

§ 2º A migração deve ser feita mediante autorização do órgão ou entidade a qual o titular estiver vinculado, desde que previsto no Convênio por Adesão pactuado, e por meio de assinatura de termo específico relativo ao plano pretendido. Para beneficiários do grupo familiar, a migração poderá ser formalizada diretamente à GEAP pela assinatura do titular no termo específico 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 Gerência Estadual ou Gerência do Distrito Federal da GEAP contendo a solicitação de migração; ou

II. da apresentação de formulário específico à Gerência Estadual ou Gerência do Distrito Federal da GEAP, no caso dos titulares autopatrocinados e dos beneficiários familiares desvinculados, mantidos por força dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

§ 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 específico 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 e não houver intervalo de contribuição/mensalidade ou pendências de arrecadação; ou

II- se a migração ocorrer entre 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 prestadora 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 O beneficiário que migrar para outro plano ofertado pela GEAP não ficará isento da cobrança de eventuais débitos financeiros oriundos do plano anterior.

§ 9º Nas migrações para planos de menor cobertura e acomodação inferior, o beneficiário será automaticamente enquadrado na cobertura e rede do plano escolhido. Nos casos em que o beneficiário estiver internado em unidade hospitalar não credenciada ao plano de destino, esse deverá ser imediatamente transferido para unidade hospitalar integrante da sua atual rede assistencial, caso não opte por arcar com os custos da sua internação.

CAPÍTULO VI

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 dos regulamentos dos planos da GEAP Autogestão em Saúde, deverá preencher formulário específico, conforme modelo da GEAP, e entregá-lo à unidade de recursos humanos do órgão ou entidade a que estiver vinculado ou que estiver em exercício.

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

§ 3º A unidade de recursos humanos encaminhará via ofício o formulário de retorno do beneficiário, assinado no campo “AUTORIZADOR”, à Gerência Estadual ou Gerência do Distrito Federal 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 51 deste regulamento, a contar da data de entrega na GEAP do termo específico, cabendo observar o que dispõe o parágrafo 1º deste artigo.

§ 5º O retorno do beneficiário inadimplente, ficará condicionado 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 3º do artigo 9º e parágrafo 4º 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 II 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 GEAP-Referência garante assistência relativa aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas Diretrizes de Utilização (DUT) editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e vigentes à época do evento, observada a área de atuação e rede assistencial do plano.

Seção I

Da Cobertura Ambulatorial

Art. 22 A cobertura ambulatorial do plano GEAP-Referência compreende os atendimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas Diretrizes de Utilização (DUT), editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, realizados em consultório ou ambulatório, observada a área de atuação e rede assistencial, e 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 do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

III - cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta

ocupacional de acordo com o número de sessões e Diretrizes de Utilização - DUT, estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

IV - cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões e Diretrizes de Utilização - DUT, estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, 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, 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 - 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 GEAP-Referência prevê a cobertura de procedimentos para avaliação e tratamento de distúrbios que afetem a fisiologia normal do organismo humano observada a área de atuação e rede assistencial do plano, e ainda:

I. a autorização para tratamentos fisioterápicos será concedida a partir de solicitação de profissionais médicos, contendo a indicação clínica, o diagnóstico e a previsão da duração do tratamento proposto;

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 GEAP-Referência prevê a cobertura de procedimentos, consultas e testes para avaliação e tratamento em portadores de distúrbios psicológicos observada a área de atuação e rede assistencial do plano, e ainda:

I-a assistência em psicologia será concedida a partir da solicitação de médico assistente ou psicoterapeuta, contendo a indicação e a justificativa do tratamento proposto;

a)a cada 06 meses de sessões de psicoterapias 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 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. as sessões de psicoterapia serão disponibilizadas de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT), estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

Subseção III

Da Assistência em Fonoaudiologia

Art. 25 A assistência em fonoaudiologia do plano GEAP-Referência prevê a cobertura de testes e serviços para portadores de patologias que afetem a linguagem oral ou escrita e a recepção de sons, observada a área de atuação e rede assistencial do plano, e ainda:

I- o atendimento e/ou tratamento fonoaudiológico será autorizado, mediante encaminhamento por profissionais médicos ou odontólogos acompanhado de relatório técnico e observará:

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

I-internação hospitalar, em clínicas básicas e especializadas credenciadas à GEAP, observada a área de abrangência geográfica e de atuação, bem como da rede específica do plano, relacionadas às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;

II-internação hospitalar em centro de terapia intensiva ou similar a critério do médico assistente, desde que justificada a necessidade, devendo observar a área de atuação e rede assistencial do plano;

III-diária de internação hospitalar;

IV-despesa referente aos honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;

V-exames complementares indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

VI-taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionadas com o evento médico;

VII-cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contraindicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, nos seguintes casos:

- a)** crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;
- b)** idosos a partir de 60 (sessenta) anos de idade; e
- c)** pessoas com deficiência.

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

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

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

X - cirurgias bucomaxilofaciais que necessitem de ambiente hospitalar;

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

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

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

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

a) atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem risco de morte ou de danos físicos para o próprio paciente ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

b) psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;

c) o custeio integral de até 30 (trinta) dias de internação, por ano de convênio, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

d) o custeio parcial, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de convênio, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, com coparticipação do beneficiário de 30% (trinta por cento);

e) a cobertura de internação, contínua ou não, em hospital geral, para beneficiários portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;

f) o custeio parcial, a partir do 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 de 30% (trinta por cento); e

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

XV- cobertura de transplantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes à época do evento, bem como das coberturas das 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 a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção, nos termos previstos na legislação em vigor.

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

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

§ 4º As internações hospitalares serão realizadas em acomodação coletiva (enfermaria) e, caso o beneficiário opte por acomodação em categoria superior à prevista ficará às expensas do titular o pagamento direto ao contratado do valor excedente, inclusive a complementação dos honorários médicos e hospitalares, não cabendo qualquer reembolso por parte da GEAP.

Seção III

Da Assistência em Hospital-Dia

Art. 27 A assistência em Hospital-Dia do plano GEAP-Referência compreende a realização de procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos que requeiram a permanência do paciente na unidade, por um período mínimo de 06 (seis) e no máximo de 12 (doze) horas, observada a área de atuação e rede assistencial do plano.

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

Seção IV

Dos Programas

Art. 28 O plano GEAP-Referência abrangerá ainda os seguintes programas pertencentes à Política de Atenção Integral à Saúde – MAIS SAÚDE:

I-programa de Saúde: Hipertensão; e
II-programa para Acesso a Bens e Serviços.

§ 1º A política MAIS SAÚDE oferece para todos os beneficiários do plano GEAP-Referência, Programas de Saúde que reúnem estratégias da atenção primária, as quais garantem ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e doenças e reabilitação, a partir de linhas de cuidados direcionados a públicos específicos, de acordo com a faixa etária, sexo e perfil de saúde. Para inscrição nos programas de saúde, o beneficiário deverá se dirigir à Gerência Estadual ou Gerência do Distrito Federal da GEAP.

§ 2º O Programa de Acesso a Bens e Serviços buscará facilitar aos beneficiários do plano GEAP-Referência o acesso a bens e serviços, por meio da celebração de convênios com pessoas jurídicas e físicas visando descontos e facilidades para aquisição ou consumo, de acordo com a demanda e especificidade de cada Gerência Estadual ou Gerência do Distrito Federal da GEAP e sem que haja ônus à Fundação.

§ 3º O acesso aos programas listados no caput desta Seção, está sujeito a critérios de elegibilidade técnica e disponibilidade do serviço no local da Federação onde o beneficiário familiar se encontrar no momento em que necessita do serviço ou procedimento.

CAPÍTULO II

Das Exclusões de Cobertura

Art. 29 Estão excluídos da cobertura do plano GEAP-Referência os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste regulamento e os provenientes dos seguintes casos:

I-procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da GEAP e sem atendimento às condições previstas neste regulamento;

II-fornecimento de órteses, próteses e materiais especiais (OPME) não ligados ao ato cirúrgico;

III-fornecimento de órteses, próteses e materiais especiais (OPME) em procedimentos não listados no Rol da ANS;

IV-despesas hospitalares extraordinárias tais como: telefonemas, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas e indenização por perda de objetos;

V-enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;

VI-estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;

VII-avaliações pedagógicas;

VIII-orientações vocacionais;

IX-psicoterapia com objetivos profissionais;

X-tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais;

XI-procedimentos clínicos, cirúrgicos, órteses e próteses para fins estéticos;

XII-fornecimentos de órteses e próteses importados não nacionalizados;

XIII-inseminação artificial;

XIV-tratamentos de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

XV-fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

XVI-aparelhos ortopédicos;

XVII-aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

XVIII-tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

XIX-assistência médica nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

XX-diárias hospitalares com a parturiente em condições de alta quando da manutenção da internação do recém-nascido patológico;

XXI-asilamento de idosos;

XXII-fornecimentos de medicamentos importados não nacionalizados;

XXIII-fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, exceto para aqueles utilizados para tratamentos oncológicos estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes a época;

XXIV-aplicação de vacinas preventivas;

XXV-materiais especiais (enxerto, membrana, placa, parafusos, telas e outros) para utilização ambulatorial;

XXVI-atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;

XXVII-procedimentos não discriminados neste regulamento, na data do evento;
XXVIII-necropsias e medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
XXIX-procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;
XXX-especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
XXXI-áreas de atuação ou subespecialidades;
XXXII-tratamento para fertilização in vitro;
XXXIII-tratamentos em clínicas de emagrecimento, tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos, casas sociais;
XXXIV-consultas domiciliares;
XXXV-procedimentos ambulatoriais solicitados no curso de exames pré-admissionais e demissionais;
XXXVI-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;
XXXVII-qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;
XXXVIII-despesas extras quando da internação do beneficiário em acomodação superior a contratada;
XXXIX-remoção domiciliar;
XL-tratamento prescrito por profissional não habilitado;
XLI-investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade; e
XLII-cirurgia para mudança de sexo.

CAPÍTULO III

Das Doenças e Lesões Preexistentes - DLP

Art. 30 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-Referência.

Art. 31 No momento da adesão ao plano, o beneficiário deverá preencher a Declaração de Saúde na qual manifestará o conhecimento de Doenças ou Lesões Preexistentes à época da adesão, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou exclusão do plano.

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

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

Art. 32 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 - CPT.

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

Art. 33 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. 34 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. 35 Exercendo prerrogativa legal, a GEAP não optará pelo fornecimento do Agravo.

Art. 36 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. 37 O presente capítulo não vigorará para:

I.o beneficiário titular que solicitar sua inscrição e a de seus dependentes e beneficiários do grupo familiar no prazo máximo de 30 (trinta) dias do início da vigência do Convênio por Adesão;

II.o beneficiário titular que solicitar a sua inscrição e a de seus dependentes e beneficiários do grupo familiar no prazo máximo de 60 (sessenta) dias do efetivo exercício junto à patrocinadora;

III. o beneficiário dependente ou do grupo familiar, cuja inscrição no plano ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data em que tornar elegível para o plano; e

IV. o beneficiário de pensão que se inscrever na condição de pensionista dentro de 30 (trinta) dias do óbito do titular, salvo o disposto no parágrafo 1º do artigo 12 deste regulamento.

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

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

TÍTULO V

Do Acesso às Coberturas, Tratamento Fora de Domicílio-TFD e Garantias de Remoção

CAPÍTULO I

Do Acesso às Coberturas

Art. 38 Os atendimentos ambulatoriais, hospitalares e obstétricos garantidos pelo plano GEAP-Referência serão prestados por meio de entidades e/ou profissionais pertencentes à rede credenciada permitindo aos beneficiários acesso em todo o território brasileiro, sendo vedada a livre escolha de prestador de serviços de saúde.

Art. 39 O titular, seus dependentes e grupo familiar do plano GEAP-Referência terão acesso à rede assistencial específica para a realização dos procedimentos cobertos pelo seu plano, devendo a divulgação dos prestadores de serviços contratados serem feitas das seguintes formas:

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

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

Art. 41 Caso o beneficiário não consiga agendar o serviço ou o procedimento previsto pelo plano, deverá entrar em contato com a GEAP, por meio da Central de Atendimento (SAC) ou por comparecimento à Gerência Estadual ou Gerência do Distrito Federal 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 259/2011 da ANS, ou outra que venha a substituí-la, passará a contar a partir desta data.

§ 1º Na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial, que ofereça o serviço ou o procedimento, no município em que o beneficiário o demandar, a GEAP autorizará o atendimento em prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município ou em prestador, integrante ou não da rede assistencial, nos municípios limítrofes.

§ 2º Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede

assistencial, que ofereça o serviço ou o procedimento solicitado, no município em que o beneficiário o demandar, a GEAP autorizará o atendimento em prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes ou na região de saúde à qual faz parte o município.

§ 3º Qualquer solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial deve ser emitida por profissional de saúde devidamente habilitado.

§ 4º A apresentação de solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial à operadora poderá ser feita pelo prestador em nome do beneficiário.

CAPÍTULO II

Do Tratamento Fora de Domicílio - TFD

Art. 42 A GEAP agendará o serviço, dentro dos prazos estabelecidos pela ANS, em prestador credenciado ou não, mais próximo da cidade de domicílio, garantindo o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, nas seguintes situações:

I-na indisponibilidade de prestador, integrante ou não da rede assistencial no mesmo município ou nos municípios limítrofes, a GEAP garantirá o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados pela ANS;

II-na inexistência de prestadores, a GEAP garantirá o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, nas seguintes situações: 1º - na inexistência de prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes; 2º - na inexistência de prestador integrante ou não da rede assistencial na região de saúde à qual faz parte o município, respeitados os prazos fixados pela ANS; ou

III-em situações de urgência e emergência, na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço, no mesmo município, nos municípios limítrofes e na região de saúde à qual faz parte o município, a GEAP garantirá o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem.

Art. 43 Nos casos de transplantes, será adotada a mesma sistemática descrita para a autorização de TFD. Quando se tratar de transplante de órgão de doador cadáver, o beneficiário deverá estar inscrito na Fila Única de Transplante.

Art. 44 A escolha do meio de transporte ficará a cargo da GEAP, devendo ser compatível com os cuidados demandados pela condição de saúde do beneficiário.

Art. 45 A garantia de transporte para o Tratamento Fora de Domicílio - TFD não se aplica aos serviços ou procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da ANS, que contenham Diretrizes de Utilização (DUT) que desobriguem a cobertura de remoção ou transporte.

Art. 46 O deslocamento só deverá ser assegurado e informado ao beneficiário, após a GEAP realizar a análise cadastral, marcação e prévia autorização do procedimento junto ao prestador.

Art. 47 A garantia de transporte estende-se ao acompanhante nos casos de beneficiários menores de 18 (dezoito) anos, maiores de 60 (sessenta) anos, pessoas com deficiência e pessoas com necessidades especiais, estas mediante declaração médica, realizada pelo médico assistente, mediante a emissão de Laudo Médico circunstanciado, explicitando a indicação para o Tratamento Fora de Domicílio - TFD.

Art. 48 Não serão reembolsadas despesas de TFD sem a prévia autorização da GEAP.

Parágrafo Único. Ocorrerá a cobrança de coparticipação dos serviços realizados durante o TFD, ficando isentos os códigos referentes ao transporte.

CAPÍTULO III

Das Garantias de Remoção

Art. 49 O plano GEAP-Referência garantirá a cobertura de remoção do beneficiário, comprovadamente necessária, após cumprimento de carência, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, conforme Resolução Normativa nº 347/2014 da ANS, ou a que estiver vigente à época do evento, observada a área de atuação do plano nas seguintes situações:

I-de hospital ou serviço de pronto-atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde - SUS, localizado dentro da área de abrangência, para hospital credenciado GEAP;

II-de hospital ou serviço de pronto-atendimento privado não credenciado, localizado dentro da área de abrangência, para hospital credenciado;

III-de hospital ou serviço de pronto-atendimento credenciado, 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 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. 50 Para que o beneficiário tenha direito às coberturas oferecidas pelo plano GEAP-Referência, é exigido o cumprimento das seguintes carências a contar da data de inscrição no plano:

I- para urgências e emergências, 24 (vinte e quatro) horas;

II- para parto a termo, 300 (trezentos) dias, salvo nos casos de complicação no processo gestacional quando se observará o prazo da ANS;

III- para os demais procedimentos, 120 (cento e vinte) dias; e

V- para up grade de rede prestadora, 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos eletivos e urgência e emergência realizados nos novos prestadores.

§ 1º A antecipação de contribuições mensais não abreviará os prazos de carências

estipulados neste artigo.

§ 2º O filho natural recém-nascido ou o filho adotado pelo titular poderão ser inscritos no plano GEAP-Referência na condição de dependentes, estando isentos do cumprimento dos períodos de carência, desde que as suas inscrições ocorram no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

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

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

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

§ 6º É isento de carência o novo servidor ou empregado ocupante de cargo efetivo, seus dependentes e grupo familiar, se a adesão ao plano de saúde ocorrer dentro de 60 (sessenta) 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 GEAP-Referência na condição de dependente, ou de outro plano da GEAP, de mesma cobertura, na condição de titular ou beneficiário do grupo familiar. Em ambos os casos, deverão estar em dia com os seus pagamentos com a GEAP, fazendo a opção no prazo de 30 (trinta) dias da exclusão e que tenha cumprido as carências no plano de origem.

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

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

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

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

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

§ 7º Aos beneficiários pertencentes ao grupo familiar, estará garantida a isenção do

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

§ 11 Em caso de migração de beneficiário para outro plano da GEAP, deverá ser observado o descrito nos parágrafos 5º, 6º e 7º do artigo 19 deste regulamento.

§ 12 Ao filho de beneficiário vinculado a um dos planos de saúde administrados pela GEAP é 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.

CAPÍTULO II

Da Portabilidade de Carências

Art. 51 Portabilidade de carências é o direito que o beneficiário tem de mudar de plano ou de operadora de plano de saúde, dispensado do cumprimento de períodos de carências relativos às coberturas já cumpridas no plano de origem, desde que, respeitado o tempo

de permanência no plano de origem de no mínimo 2 (dois) anos para primeira portabilidade e para as portabilidades seguintes mínimo de 1 (um) ano, conforme disposto na Resolução Normativa nº 438/2018 da ANS, ou outra que venha a substituí-la.

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

§ 2º A portabilidade de carências poderá ser exercida por beneficiários que estiverem em gozo do período de remissão no plano de origem, podendo ser requerida após o término da remissão ou durante a remissão, sendo 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. 52 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 51 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. 53 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. 54 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. 55 Ao ingressar no plano da GEAP, o beneficiário que esteve vinculado ao plano de origem, tendo havido o cumprimento das carências do plano de origem, poderá exercer a portabilidade de carências, porém estará sujeito ao cumprimento das regras do plano de destino descontado do tempo em que permaneceu no plano de origem.

Art. 56 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 50 deste regulamento.

Art. 57 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. 58 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. 59 Para realizar a portabilidade de carências, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

I-comprovantes de pagamento das 3 (três) últimas mensalidades vencidas, ou declaração da operadora do plano de origem ou da pessoa jurídica contratante, ou qualquer outro documento hábil à **comprovação do adimplemento do beneficiário;**

II-proposta de adesão assinada, ou contrato assinado, ou declaração da operadora do plano de origem ou da pessoa jurídica contratante, ou comprovantes de pagamento das mensalidades do prazo de permanência exigido, ou qualquer outro documento hábil à **comprovação do prazo de permanência;**

III-relatório de compatibilidade entre o plano da operadora de origem e da operadora de destino do beneficiário ou número de protocolo de consulta de

plano para portabilidade, ambos emitidos pelo Guia ANS de Planos de Saúde, ou ofício autorizativo emitido pela ANS, válido por 5 (cinco) dias a partir da emissão do número de protocolo; e

IV-comprovação de vínculo com o órgão do plano de destino.

Art. 60 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. 61 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. 62 A portabilidade de carências será formalizada diretamente na Gerência Estadual ou Gerência do Distrito Federal da GEAP ou na patrocinadora, estando a solicitação de portabilidade sujeita à análise no prazo de 10 (dez) dias.

Art. 63 Caso o beneficiário não atenda aos requisitos legais previstos nos artigos 51 e 64 deste regulamento, a GEAP poderá recusar a solicitação de portabilidade de carências apresentando a devida justificativa.

Seção II

Da Portabilidade Especial e Extraordinária

Art. 64 A portabilidade de carências poderá ser exercida em decorrência da extinção do

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

I – pelo beneficiário dependente e o beneficiário do grupo familiar, em caso de morte do titular, desde que haja comprovação com o órgão do plano de destino;

II – pelo beneficiário dependente e o beneficiário do grupo familiar, em caso de perda da condição de dependência do beneficiário titular sendo assegurado ao beneficiário o direito à manutenção das mesmas condições contratuais com a assunção das obrigações decorrentes desde que haja comprovação com o órgão do plano de destino;

III – pelo beneficiário titular, seus dependentes e beneficiários do grupo familiar, em caso de demissão, exoneração ou aposentadoria, tendo ou não contribuído financeiramente para o plano de origem, ou quando do término do período de manutenção da condição de beneficiário garantida nos casos pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98; e

IV – pelo beneficiário titular, seus dependentes e beneficiário do grupo familiar, em caso de rescisão do contrato coletivo por parte da operadora ou da pessoa jurídica contratante.

Art. 65 Os beneficiários de outras operadoras que estejam em processo de cancelamento do registro ou de Liquidação Extrajudicial da operadora, caso não seja possível a aplicabilidade das disposições da Resolução Normativa nº 438/2018 da ANS, ou outra que venha a substituí-la, a ANS, poderá, por meio de Resolução Operacional, decretar a portabilidade extraordinária de carências, definindo as regras que deverão ser observadas para o exercício da portabilidade pelos beneficiários dessas operadoras.

CAPÍTULO III

Das Garantias de Atendimento no Período de Carência

Art. 66 Após 24 (vinte e quatro) horas da contratação do plano, será garantida a cobertura aos atendimentos de urgência e emergência. Em situações de emergência, o atendimento durante os períodos de carência poderá ser limitado às primeiras 12 (doze) horas. Já o atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal será garantido, sem restrições, após 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato, devendo ser observado:

Art. 66 Após 24 (vinte e quatro) horas da contratação do plano, será garantida a cobertura aos atendimentos de urgência e emergência. Em situações de emergência, o atendimento durante os períodos de carência poderá ser limitado às primeiras 12 (doze) horas. Já o atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal será garantido, sem restrições, após 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato., devendo ser observado:

- 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 IV

Das Garantias de Remoção no Período de Carência

Art. 67 Nos casos de urgência e de emergência, quando o beneficiário estiver em cumprimento do período de carência será garantida a remoção inter unidades de saúde (da unidade de origem para a unidade de destino), em ambulância terrestre, dentro da área geográfica de abrangência, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se que:

I-quando o estado clínico não recomendar a remoção em virtude de risco de morte, o paciente ou seu responsável e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a GEAP desse ônus;

II-caberá à GEAP o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários que 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

Do Custeio, Contribuições e Coparticipações

CAPÍTULO I

Do Custeio

Art. 68 O custeio do plano GEAP-Referência será aprovado anualmente pelo Conselho de Administração – CONAD da GEAP, ou seu sucessor, com base em estudo atuarial.

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

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

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

§ 4º É vedado o reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudanças de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei n.º 9.656/98, observado o aniversário do convênio ao qual o titular esteja vinculado.

§ 5º Fica vedado o reajuste diferenciado em um mesmo convênio, para beneficiários inscritos no plano GEAP-Referência.

Art. 69 O plano GEAP-Referência terá como fontes de custeio:

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

- a)** valor referente ao per capita de responsabilidade da patrocinadora, observando-se o disposto neste artigo e seus parágrafos;
- b)** contribuição/mensalidade do beneficiário resultante da diferença entre a contraprestação pecuniária total e o valor referente ao per capita de responsabilidade da patrocinadora;
- c)** coparticipações nos custos dos procedimentos utilizados no atendimento ambulatorial e hospitalar dos beneficiários, na forma estabelecida no Anexo I deste regulamento.

II-outras receitas, dotações, doações e legados destinados ao plano GEAP-Referência; e

III-a variação da contribuição/mensalidade individual em razão da mudança de faixa etária somente deverá incidir quando o beneficiário completar a idade limite, ou seja, no mês do seu aniversário.

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

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

CAPÍTULO II

Das Contribuições

Art. 70 As contribuições serão cobradas mediante desconto em folha de pagamento, Título de Cobrança Bancária – TCB ou outro instrumento de cobrança, observado o disposto no Convênio por Adesão ao qual o titular estiver vinculado.

§ 1º Na impossibilidade da cobrança ser efetuada em folha de pagamento, por ausência de margem consignável, perda de vínculo com o patrocinador ou outro motivo que impeça o desconto, a cobrança será realizada mediante Título de Cobrança Bancária – TCB ou qualquer outro meio hábil e idôneo de cobrança.

§ 2º Na situação prevista no parágrafo 1º deste artigo, o TCB terá o vencimento até o 5º (quinto) dia útil de cada mês.

§ 3º 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 1% (um por cento) a.m. que serão cobrados no momento do pagamento do boleto bancário.

§ 4º A primeira contribuição/mensalidade será calculada pro rata temporis, ou seja, proporcionalmente aos dias de cobertura no referido mês e poderá ser cobrada conforme disposto no caput.

§ 5º A primeira contribuição/mensalidade mencionada no parágrafo 4º deste artigo, diz respeito ao primeiro ingresso ou ao retorno ao plano contratado.

§ 6º Em caso de exclusão do beneficiário, a última contribuição/mensalidade poderá ser calculada pro- rata-temporis pelos dias de cobertura do mês da exclusão.

§ 7º O valor integral do plano GEAP-Referência 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 As receitas de contribuição/mensalidade do beneficiário e as coparticipações deverão ser liquidadas pelo titular vinculado a uma patrocinadora, para si e para seus dependentes e pelo pensionista.

§ 9º O vencimento do TCB para os beneficiários que perderam o vínculo com a patrocinadora, que optarem por permanecer nos planos da GEAP, será até o 5º (quinto) dia útil de cada mês.

§ 10 Os recursos garantidores do plano GEAP-Referência serão aplicados no mercado financeiro de forma a garantir segurança dos investimentos, rentabilidade compatível com os imperativos atuariais e liquidez para pagamentos das despesas do plano.

CAPÍTULO III

Das Coparticipações

Art. 71 Para o titular, dependentes e grupo familiar, as coparticipações nos custos dos procedimentos utilizados nos atendimentos ambulatorial e hospitalar serão apuradas mensalmente a partir de tabela específica tomando-se como base os procedimentos realizados, sendo pagos pelo titular do plano, em valores mensais de acordo com os critérios estabelecidos neste regulamento.

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

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

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

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

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

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

Art. 72 Para o grupo familiar as coparticipações nos custos dos procedimentos utilizados nos atendimentos ambulatoriais e hospitalares dos beneficiários, serão apuradas mensalmente e cobradas até o limite de 60% (sessenta por cento) do valor da contribuição/mensalidade.

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

Art. 73 O saldo devedor de coparticipação poderá ser cobrado mensalmente, de forma gradativa conforme os limites percentuais estipulados neste capítulo e de acordo com o convênio ao qual o beneficiário estiver vinculado.

TÍTULO VIII

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

CAPÍTULO I

Do Direito ao Reembolso

Art. 74 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 específica do plano.

Art. 75 Nos casos dos beneficiários menores de 18 (dezoito) anos mantidos após o falecimento do titular, por força dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/98, o reembolso será concedido ao responsável legal, mediante apresentação de documentação comprobatória.

Art. 76 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.

§ 1º O pedido de reembolso poderá ser feito pelo representante do espólio ou a quem o juiz determinar e os processos que tiverem sua análise aprovada, terá o pagamento condicionado à apresentação do alvará judicial.

§ 2º A apresentação do alvará judicial deverá ser feita dentro do prazo prescricional de até 03 (três) anos para efetuação do pagamento.

Art. 77 Em caso de o titular estar impossibilitado das suas faculdades físicas e/ou mentais para requerer o reembolso, o pedido poderá ser feito pelo representante legal, que deverá apresentar termo de curatela válido a quem o juiz determinar.

Art. 78 O reembolso poderá ser concedido ao executor das despesas, que não seja o beneficiário descrito no artigo 75 deste regulamento, 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. 79 O reembolso poderá ser concedido, nos limites contratuais, quando verificadas as seguintes situações:

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

II - de atendimento eletivo em que haja inexistência ou indisponibilidade de prestador credenciado na rede assistencial, que ofereça o serviço ou procedimento, em conformidade com a cobertura do plano contratado, observada a área de abrangência geográfica e de atuação, bem como da rede específica do plano e que a GEAP consiga a disponibilização do serviço dentro dos prazos estabelecidos pela RN nº 259/2011, ou outra que venha substituí-la, comprovado, mediante apresentação do protocolo de atendimento emitido pela GEAP, o reembolso será integral. Os procedimentos de internações que preveem a cobrança de coparticipação, estas serão lançadas juntamente com a mensalidade.

CAPÍTULO III

Da Solicitação de Reembolso

Art. 80 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 artigos 74, 75, 76 e 77 deste regulamento, mediante apresentação da documentação comprobatória, poderão requerer o reembolso:

- a) O responsável legal do menor mantido no plano após o falecimento do titular;
- b) O representante do espólio ou a quem o juiz determinar; e
- c) O curador ou procurador do titular, devidamente constituído para este fim.

Art. 81 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://www2.geap.com.br/reembolso/reembolso.asp>), devidamente preenchido, juntamente com a documentação original do atendimento, constante nos Anexo III.

Art. 82 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 Gerência Estadual ou Gerência do Distrito Federal 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. 83 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

Art. 84 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. 85 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. 86 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. 87 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. 88 A partir da finalização do registro, todo o acompanhamento do reembolso se dará por meio do número de protocolo emitido pela Gerência Estadual ou Gerência do Distrito Federal da GEAP, conforme padrão da ANS, ou pelo CPF do beneficiário, por meio do sítio eletrônico da GEAP (<http://www2.geap.com.br/reembolso/reembolso.asp>) ou pela Central Nacional de Teleatendimento da GEAP.

CAPITULO IV

Da Coparticipação do Reembolso

Art. 89 Após análise da solicitação de reembolso pela GEAP, em caso de deferimento, haverá incidência de cobrança de coparticipação sobre o valor do reembolso correspondente aos serviços/procedimentos realizados pelos beneficiários aos quais se referem a solicitação de reembolso, observada as mesmas regras de cobrança de coparticipação prevista neste regulamento, Anexo I.

TÍTULO IX
CAPÍTULO ÚNICO
Do Mecanismo de Regulação

Art. 90 A GEAP adotará, como mecanismos de regulação para o plano GEAP- Referência, a autorização prévia para os procedimentos e serviços em saúde, observada a área de abrangência geográfica e de atuação, bem como rede específica do plano.

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

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

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

§4º As internações eletivas ou programadas, necessitarão impreterivelmente de autorização prévia pela GEAP, seguindo os prazos da RN 259/11, ou da norma que eventualmente a substitua.

§ 5º A avaliação da autorização dos procedimentos e OPME (órteses, próteses e materiais especiais) que exigem autorização prévia deverá ocorrer nos prazos conforme as resoluções normativas adotadas pela ANS que preconiza a garantia de atendimento contados a partir do momento da solicitação.

§ 6º A contagem do prazo estabelecido no parágrafo anterior iniciar-se-á da data do envio, pelo prestador de serviços ou profissional assistente no sistema da GEAP.

§ 7º Em caso de divergência médica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse ocorrerá conforme preconiza a Resolução Normativa nº 424/2017 da ANS, ou outra que venha a substituí-la.

§ 8º os 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.

§ 9º A utilização de órteses e próteses cirúrgicas e de materiais especiais dependerá de autorização prévia da GEAP, à exceção dos 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.

§ 11 A avaliação dos pedidos de autorização para as sessões de tratamentos seriados ocorrerá conforme disposto nos artigos 23, 24 e 25 deste regulamento.

TÍTULO X

CAPÍTULO ÚNICO

Das Disposições Finais

Art. 91 O plano GEAP-Referência é um plano com recursos próprios, sendo suas receitas e despesas registradas em conta específica.

Art. 92 Em caso de extinção do plano GEAP-Referência, depois de liquidados os seus

compromissos, o Conselho de Administração – CONAD da GEAP, ou seu sucessor, definirá a destinação do eventual recurso remanescente.

Art. 93 Serão descontadas integralmente do titular ou do beneficiário do grupo familiar, as despesas que, sob sua responsabilidade, caracterizarem uso indevido do plano GEAP-Referência, independentemente das sanções cíveis e penais cabíveis e de outras medidas previstas neste regulamento.

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

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

Art. 94 Ressalvados os casos de cobrança indevida, não serão restituídas contribuições ou demais pagamentos realizados em nome dos beneficiários para o plano GEAP-Referência.

Art. 95 Os Termos de Adesão e de Retorno/Migração estão disponíveis a todos os beneficiários no sítio da GEAP na internet www.geap.com.br, pela Central Nacional de Teletendimento da GEAP, ou ainda, nas Gerências Estaduais ou do Distrito Federal da GEAP.

Art. 96 Os casos omissos e não previstos neste regulamento serão deliberados pelo Conselho de Administração – CONAD da GEAP, ou seu sucessor.

Art. 97 Este regulamento entrará em vigor, depois de aprovado pelo Conselho de Administração – CONAD da GEAP.

ANEXO I

TABELA DE COPARTICIPAÇÃO PELOS SERVIÇOS UTILIZADOS

I - Programa de Assistência Ambulatorial

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

II- Programa de Assistência Hospitalar:

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

III - Programa de Assistência Odontológica:

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 16º dia de internação

IV – Classificação dos procedimentos:

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

V– Vigência

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

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; • Cópia do comprovante de recebimento de benefício pelo INSS, se aposentado do Regime Geral de Previdência Social (CLT); • Comprovante de comunicação inequívoca emitida pela patrocinadora.
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 patrocinadora; • Comprovante de comunicação inequívoca emitida pela patrocinadora.

DEPENDENTES	DOCUMENTOS (ENTREGAR NO RH DA CONVENIADA)
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. •Autorização da patrocinadora.
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. (**) •Autorização da patrocinadora.
Companheiro (a) homoafetivo	•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; (**) •Autorização da patrocinadora.
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; •Autorização da patrocinadora.
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) (**); •Autorização da patrocinadora.
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.
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.
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.

GRUPO FAMILIAR	DOCUMENTOS (A SEREM ENTREGUES NA GERÊNCIA ESTADUAL OU GERÊNCIA DO DISTRITO FEDERAL DA GEAP)
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.
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 (**).
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 (**); •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 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); •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 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 (**); •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 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 (**); •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 (**); •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; •Cópia do CPF.
Sobrinho (a) do (a) titular *	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; •Cópia do CPF; Filho (a) do (a) Irmão (ã) do Cônjuge ou Companheiro (a) do (a) titular: •Termo de Adesão ao plano; •Cópia da Identidade ou cópia da Certidão de Nascimento, se menor de 18 anos de idade, do (a) Irmão (ã) do Cônjuge ou Companheiro (a) do (a) titular; •Cópia do CPF; •Cópia da Certidão de Casamento ou Comprovação de Companheirismo do (a) Titular (**).
Pai do (a) titular	•Termo de Adesão ou Solicitação de Retorno ao Plano GEAP-Referência; •Cópia da Identidade do (a) titular constando o nome do seu genitor; •Cópia da Identidade do pai do (a) titular; •Cópia do CPF;
Padrasto do (a) titular	•Termo de Adesão ou Solicitação de Retorno ao Plano GEAP-Referência; •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;
Mãe do (a) titular	•Termo de Adesão ou Solicitação de Retorno ao Plano GEAP-Referência; •Cópia da Identidade do (a) titular constando o nome do seu genitor; •Cópia da Identidade da Mãe do (a) titular; •Cópia do CPF;
Madrasta do (a) titular	•Termo de Adesão ou Solicitação de Retorno ao Plano GEAP-Referência; •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;
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 tratar de Madrasta ou Padrasto do (a) Cônjuge ou Companheiro (a) do (a) Titular (**);
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 tratar de Madrasta ou Padrasto do (a) Cônjuge ou Companheiro (a) do (a) Titular (**);
Tio e Tia do (a) titular *	Por consanguinidade: Irmão (a) 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; •Cópia do CPF do Tio (a) do (a) titular. Por afinidade: 1. Irmão (ã) do (a) pai ou da mãe do (a) Cônjuge/Companheiro (a) do (a) titular: •Termo de Adesão ou Solicitação de Retorno ao plano; •Cópia da Identidade do Tio (a) do (a) Cônjuge/Companheiro (a) do (a) titular; •Cópia da Certidão de Casamento ou Comprovação de Companheirismo do (a) titular (**); •Cópia de documento oficial do Pai ou da Mãe do (a) Cônjuge ou Companheiro (a) do (a) titular, onde conste seus genitores, devendo coincidir pelo menos um deles com os genitores do (a) Tio (a) do Cônjuge ou Companheiro (a) do (a) titular; •Cópia do CPF do Tio (a) do (a) Cônjuge ou Companheiro (a) do (a) titular. 2. Cônjuge/Companheiro (a) do irmão (ã) do (a) pai ou da mãe do (a) titular: •Termo de Adesão ou Solicitação de Retorno ao plano; •Cópia da Identidade do (a) Cônjuge/Companheiro (a) do (a) Tio (a) do (a) titular; •Cópia da Certidão de Casamento ou Comprovação de Companheirismo do Tio (a) do (a) titular (**); •Cópia de documento oficial do Pai ou da Mãe do (a) titular, onde conste seus genitores, devendo coincidir pelo menos um deles com os genitores do (a) Tio (a) do (a) titular; •Cópia do CPF do (a) Cônjuge ou Companheiro (a) do (a) 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 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 do CPF. Por afinidade: 1. filho (a) do (a) neto (a) 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); •Cópia do CPF; •Se for utilizado cópia da Identidade do (a) Bisneto (a) do (a) Cônjuge ou Companheiro (a) do (a) titular deverá ser apresentado também cópia da Identidade do (a) Neto (a) do (a) cônjuge/companheiro (a) do (a) Titular, genitor (a) do (a) Bisneto(a); •Cópia da Identidade do (a) Filho (a) do (a) Cônjuge/Companheiro (a) do (a) titular, genitor (a) do Neto (a); •Cópia do CPF.
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; •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; •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 menos um deles com os genitores do Tio(a) do Titular; e •Cópia do CPF do Filho(a) do(a) Tio(a) do(a) Titular (****).
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 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.

* 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 patrocinadora.

*** 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.

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).

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

ANEXO III
DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAR REEMBOLSO
DE DESPESAS MÉDICAS e HOSPITALARES

REEMBOLSO	DOCUMENTAÇÃO
CONSULTAS	•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). •A nota fiscal (convencional ou eletrônica) deverá ser emitida em nome do beneficiário, seja ele dependente, titular ou beneficiário do grupo familiar, ou do responsável pelo pagamento da despesa (desde que conste o nome do beneficiário no corpo da nota fiscal), devidamente liquidada; conter o CNPJ, a discriminação do atendimento, a especialidade, o registro no respectivo Conselho de Classe, data, assinatura e valor pago. •Nos casos de consulta de urgência, deverá ser apresentado relatório médico com a justificativa da urgência, contendo nome do paciente, data, carimbo, Conselho de Classe e assinatura do profissional assistente. •Para os prestadores pessoa jurídica é obrigatória a emissão de nota fiscal (convencional ou eletrônica). •Em caso de necessidade de informações complementares, poderá ser solicitado novas documentações.
SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA SADT	•O recibo deverá ser emitido em nome do beneficiário, seja ele dependente, titular ou beneficiário do grupo familiar, ou do responsável pelo pagamento da despesa (desde que conste o nome do beneficiário no corpo do recibo). O recibo deverá conter a discriminação de cada serviço realizado, quantidade, valores unitários e a data de atendimento. Para exames de

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

	•a Nota Fiscal (convencional ou eletrônica) deverá ser emitida em nome do beneficiário, seja ele dependente, titular ou beneficiário do grupo familiar, ou do responsável pelo pagamento da despesa (desde que conste o nome do beneficiário no corpo da nota fiscal), devidamente liquidada; A nota fiscal deverá conter a discriminação de cada serviço realizado, quantidade, valores unitários e a data de atendimento. Deve constar o CNPJ, data e a assinatura. •gastos (fatura) analíticos, com discriminação de cada item que a compõe bem como seus valores unitários: diárias, taxas, gasoterapia, materiais, medicamentos, exames e demais serviços prestados. •Para os prestadores pessoa jurídica é obrigatória a emissão de nota fiscal (convencional ou eletrônica). •Em caso de necessidade de informações complementares, poderá ser solicitado novas documentações.
SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES:	•a Nota Fiscal (convencional ou eletrônica) emitida pelo prestador de serviços, com a discriminação de cada procedimento realizado, honorários da equipe médica envolvida no procedimento, data de atendimento e realização e se for o caso discriminação do período de internação devidamente liquidada; conter o CNPJ, data e a assinatura. •os recibos originais dos profissionais que atenderam o paciente, constando a especialidade, registro nos respectivos Conselhos de Classe e CPF, com carimbo e assinatura, com a discriminação de cada procedimento realizado, honorários da equipe médica envolvida no procedimento discriminada, data de atendimento e realização e se for o caso discriminação do período de internação. •relatório do médico assistente contendo a justificativa da necessidade de internação, bem como, descrição do quadro clínico, hipótese diagnóstica e outras informações pertinentes, além da necessidade da intervenção de outros profissionais.

	•conta hospitalar com discriminação de cada item que a compõe: diárias, taxas, gasoterapia, materiais, medicamentos, exames e demais serviços prestados. Em caso de implante(s) de órtese(s), prótese(s) ou material(is) especial(is) deve ser apresentada Nota Fiscal (convencional ou eletrônica) do material usado informando marca, modelo, fabricante e registro ANVISA . •no caso de reembolso de componentes hemoterápicos, deverá ser apresentada a solicitação, em conjunto com a prescrição médica, bem como a checagem do uso com data, hora e assinatura e etiquetas com número das bolsas de hemocomponentes transfundidos. •cópia do relatório cirúrgico e do boletim anestésico, no caso de internação cirúrgica data da cirurgia, período de internação e ainda, prontuário do paciente quando ele o autorizar, para os esclarecimentos que se fizerem necessários. •Em caso de solicitação de reembolso de Parto Cesário, enviar Partograma ou relatório médico acompanhado do “Termo de Consentimento Livre”, assinado pela beneficiária conforme regras da RN 368/2015 da ANS. •Para os prestadores pessoa jurídica é obrigatória a emissão de nota fiscal (convencional ou eletrônica).
TRATAMENTOS SERIADOS	•O Recibo deverá conter: nome do paciente, descrição da terapia, número de sessões e suas datas, valor pago, nome do profissional, número de inscrição no respectivo Conselho Regional (CREFITO-F, CRFA, CRP, CRM, CREFITO-TO), CPF, assinatura e carimbo do profissional que realizou a terapia. •A Nota Fiscal (convencional ou eletrônica), no caso de pessoa jurídica) contendo: nome e CNPJ da Instituição, nome do paciente, descrição da terapia, número de sessões e suas datas, nome do profissional, número de inscrição no respectivo Conselho Regional (CREFITO-F, CRFA, CRP, CRM, CREFITO-TO), CPF, assinatura e carimbo do profissional que realizou a terapia.

	•O 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, psicoterapia, terapia ocupacional, fonoterapia somente serão cobertas quando justificadas e indicadas 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, poderão ser solicitadas novas documentações.
--	--



www.GEAP.com.br

Central de Atendimento: 0800 728 8300

ANS - nº 323080