GEAP saúde Fundação de assistência ao servidor público

TERMO DE ADESÃO/REINGRESSO TITULAR AUTOPATROCINADO

Planos de Abrangência Nacional

- ◯ **GEAPSAÚDE II** Registro ANS: 458004084
- ◯ **GEAP SAÚDE VIDA** Registro ANS: 473881151
- ◯ **GEAPESSENCIAL** Registro ANS: 455835079
- ◯ **GEAP-REFERÊNCIA** Registro ANS: 455830078
- ◯ **GEAP REFERÊNCIA VIDA** Registro ANS: 473880152
- ◯ **GEAPCLÁSSICO** Registro ANS: 456093071

Planos de Abrangência Grupo de Municípios

- ◯ **GEAP Basic I [ ] Informe o Estado. (MG, PA, PB, PE, RJ, RN, SP)**
- ◯ **GEAP Basic II [ ] Informe o Estado. (BA, CE, PI)**
- ◯ **GEAP Class II [ ] Informe o Estado. (BA, CE, PA, PB, PE, RJ, RN, SP, MG, PI)**

Planos de Abrangência Estadual

- ◯ **GEAP PARA VOCÊ [ ] Informe o Estado. (AM, DF, ES, GO, MG, MS, MT, PA, PB, PE, PR, RJ, RS, SC)**

Inscrição (uso da Geap)

Adesão ☐ titular e/ou ☐ dependente*

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

1. DADOS PESSOAIS DO TITULAR

Adesão com portabilidade de Carências ◯ **Sim** ◯ **Não**

Observar as regras de portabilidade dispostas nos regulamentos dos planos.

Nome | Data de Nascimento:

Filiação 1:

Filiação 2:

RG: | Órgão Expedidor: | Data de Emissão:

CPF: | Sexo: ◯ Masculino ◯ Feminino | Estado Civil:

Endereço:

Bairro: | Cidade: | UF: | CEP:

Celular | Tel. Com.: | Tel. Res.:

E-mail Pessoal:

Possui deficiência? ◯ Sim ◯ Não

Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): ☐ deficiência visual ☐ deficiência auditiva ☐ deficiência de locomoção/motora ☐ deficiência intelectual ☐ outros

Autoriza o envio de SMS Marketing? ◯ Sim ◯ Não

Autoriza o envio de E-mail Marketing? ◯ Sim ◯ Não

1.1 DADOS FINANCEIROS

Banco: | Agência: | Nº Conta Corrente:

2. DADOS FUNCIONAIS DO TITULAR

Patrocinadora/Conveniada: | Matrícula:

Data de Admissão: | Cargo:

Situação:

◯ TEMPORÁRIO ◯ LICENÇA SEM VENCIMENTOS ◯ OUTROS - QUAL?

Remuneração: Ref. Mês/Ano: /

Vínculo com sindicato: Nome do sindicato:

◯ Sim ◯ Não

3. ADESÃO

3.1 Solicito minha adesão como titular em razão do Convênio por Adesão celebrado entre a Geap Autogestão em Saúde e o patrocinador_____ , assim como a inscrição do (s) dependente (s) e grupo familiar, se houver, respectivamente, para o plano escolhido e, consequentemente, me comprometo a pagar a contribuição mensal, o per capita e as coparticipações do meu plano e dos meus dependentes. No tocante aos beneficiários do grupo familiar menores de 18 (dezoito) anos e/ou incapazes, dos quais sou responsável financeiro, nos termos do regulamento do plano e do Convênio por Adesão ao qual estou vinculado, me comprometo a pagar a contribuição mensal e as coparticipações.

4. TERMO DE RESPONSABILIDADE

4.1. Pelo presente Termo de Responsabilidade, declaro para todos os fins legais, que:

I - Confirmo a leitura e estou de acordo com todo o disposto no Estatuto da Geap Autogestão em Saúde, o regulamento do plano ao qual estou aderindo, a relação da rede prestadora de serviços vinculada ao meu plano, o manual de orientação para contratação de plano de saúde - MPS e o guia de leitura contratual - GLC, que estão disponíveis no endereço eletrônico da Geap: www.geap.org.br, bem como de todo o teor do Convênio por Adesão ao qual sou vinculado disponibilizado por meio do meu patrocinador;

II - Autorizo a GEAP AUTOGESTÃO EM SAÚDE a realizar tratamento dos meus dados pessoais e pessoais sensíveis, em razão do objeto do termo de adesão, sendo condição para a prestação de assistência à saude suplementar, conforme determina a Lei nº. 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Estando assegurado ao titular do dado pessoal e pessoal sensível, mediante requisição, a qualquer momento, obter Informações e formular requerimentos específicos por meio da Central Nacional de Teleatendimento:0800 728 8300, ou presencialmente nos balcões de atendimento das Gerências Estaduais ou Gerência do Distrito Federal da Geap;

II - Tenho conhecimento que após o meu dependente - filho(a), enteado(a), completar 21 (vinte e um) anos de Idade, esse será enquadrado automaticamente como beneficiário do grupo familiar, salvo manifestação em contrário do(a) beneficiário(a) titular à Geap ou caso o(a) beneficiário(a) titular comprove os requisitos para a manutenção como dependente, observado o disposto no regulamento do plano ao qual estou aderindo e Convênio por Adesão ao qual estou vinculado;

IV - Tenho conhecimento que após o meu dependente - filho(a), enteado(a), completar 24 (vinte e quatro) anos de idade, esse será enquadrado automaticamente como beneficiário do grupo familiar, salvo manifestação em contrário do(a) beneficiário(a) titular à Geap, observado o disposto no regulamento do plano ao qual estou aderindo e Convênio por Adesão ao qual estou vinculado;

V - Tenho conhecimento de que ao aderir ao plano, estou concordando com a forma de custeio e valores vigentes, na data da assinatura do presente termo, sobre o qual manifesto expressa e plena anuência à adesão o que me foi amplamente esclarecido nesta data, renunciando a qualquer outra forma de custeio;

VI - Tenho conhecimento que caso inclua dependente e/ou beneficiário do grupo familiar, sendo esse último menor de 18 (dezoito) anos e/ou incapaz, deverão ser preenchidos documentos específicos (termo de adesão - dependente e/ou termo de adesão - grupo familiar), disponibilizados no site da Geap: www.geap.com.br, com a minha assinatura em campo prefixado nos respectivos termos;

VII - Tenho conhecimento que caso inclua dependente menor de 18 (dezoito) anos e/ou incapaz será necessário o preenchimento e minha assinatura no anexo II do termo de adesão - dependente. Em se tratando de beneficiário do grupo familiar menor de 18 (dezoito) anos e/ou incapaz o preenchimento e assinatura do anexo II do termo de adesão - grupo familiar ficará a cargo do(a) genitor(a), tutor(a) ou curador(a) do menor e/ou incapaz.

Exclusivo do beneficiário

_____ _____/_____/_____ _____

Local Data Assinatura do titular

Exclusivo da Geap

_____ _____/_____/_____ _____

Local Data Assinatura do(a) Empregado(a) Geap

ANEXO I
CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, instituição que regula a atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?
É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.
Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO.

AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:
• A operadora NÃO poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
• A operadora deverá oferecer: cobertura total ou COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), podendo ainda oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.
• No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade – PAC (tomografia, ressonância, etc.*) EXCLUSIVAMENTE relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
• NÃO haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.
• Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:
• A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
• Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
• Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência**,** isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade – PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico:
www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone **0800-701-9656** ou consulte a página da ANS - **www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.**

Beneficiário**

_____, ____ /____ /_____
Local Data

Nome:_____

Assinatura: _____

Intermediário entre a operadora e o beneficiário***

_____, ____ /____ /_____
Local Data

Nome:_____

CPF:_____

Assinatura: _____

** Beneficiário se refere à pessoa que utilizará o plano de saúde. Nos casos de menor de idade e/ou incapaz, preencher os dados com nome e assinatura do responsável legal.

*** Intermediário é o responsável pela orientação de preenchimento deste formulário, podendo ser o vendedor, o responsável pela empresa ou o médico.

Formulário de Declaração de Saúde

INSTRUÇÕES GERAIS:

1. O objetivo da Declaração de Saúde é registrar as informações sobre as doenças ou lesões que o (a) Sr(a.) saiba ser portador(a) ou sofredor(a), e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação ou adesão contratual, em relação a si mesmo ou a qualquer de seus dependentes.

2. A Declaração de Saúde deve ser devidamente preenchida, datada e assinada pelo beneficiário ou seu representante legal, no caso de beneficiário menor de 18 anos ou incapaz. Todas as páginas da declaração de saúde devem ser rubricadas.

3. O (A) Sr(a.) tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico indicado pela GEAP, sem qualquer ônus, ou pode optar por um profissional de sua livre escolha, desde que assuma o ônus financeiro.

4. Para fins da legislação vigente, em cumprimento ao que determina os incisos I e II do art. 10, da RN nº 162 de 17/10/2007, considera-se:

- Cobertura Parcial Temporária (CPT), aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

- Agravo: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

5. Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, o(a) Sr(a.) ficará em Cobertura Parcial Temporária (CPT) por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano de saúde. Neste período, haverá a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas

6. Nenhuma cobertura poderá ser negada ao (a.) Sr(a.) para doenças ou lesões preexistentes não declaradas até a publicação pela ANS de decisão favorável à operadora, ou seja, confirmando que o (a) Sr(a.) omitiu a(s) doença(s) ou lesão(ões) no preenchimento desta declaração. Também não haverá suspensão ou recisão unilateral do contrato até a publicação pelo órgão regulador de decisão confirmando a omissão de doença ou lesão preexistente no preenchimento desta declaração.

7. Após julgamento e, acolhida a alegação da GEAP, pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela GEAP, bem como será excluído do plano.

8. Todas as páginas deverão ser rubricadas.

9. Para cada doença ou lesão listada abaixo, o (a) Sr(a) deverá assinalar NÃO, caso esteja ciente de que não é portador (a) de tal condição, ou SIM caso esteja ciente de que é portador (a) dessa condição. Para todas as respostas SIM, o (a) SR(a.) deverá especificar a condição de que é portador.

Os campos abaixo são de preenchimento obrigatório e **não poderão ser rasurados.**

Nome:

Data de Nascimento:

Vínculo:

◯ Titular

Peso (kg):

Altura:

Preenchimento pelo pretenso beneficiário respondendo "SIM" para as respostas afirmativas e "NÃO" para as respostas negativas		
1	Doenças do aparelho cardiocirculatório como: Infarto, Pressão alta, Cirurgia cardíaca, Uso de Marca Passo, Outras.	◯ Sim ◯ Não
2	Doenças endócrinas e metabólicas como: Diabetes, Obesidade, Hepatite B/C, Outras.	◯ Sim ◯ Não
3	Doenças do sangue, imunológicas e do colágeno ou autoimunes como: AIDS, Lúpus, Artrite reumatoide, Outras.	◯ Sim ◯ Não
4	Doenças do sistema nervoso e cerebrovasculares como: Parkinson, Alzheimer, Epilepsia, Outras.	◯ Sim ◯ Não

5	Doenças crônicas do aparelho respiratório e/ou doenças do ouvido, do nariz e da garganta como: Asma, Bronquite, Desvio de septo, Outras.	○ Sim ○ Não
6	Doenças ortopédicas como: Artrose, Hérnia de disco, Deformidade óssea, Outras.	○ Sim ○ Não
7	Doenças ou tumorações malignas como: Mieloma múltiplo, qualquer outro tipo de câncer.	○ Sim ○ Não
8	Doenças do aparelho urinário e do aparelho reprodutor mas ou fem como: Cálculo renal, Doenças da da próstata, Rin transplantado, Outras.	○ Sim ○ Não
9	Doença dos olhos como: Miopia, Astigmatismo, Catarata, Glaucoma, Outros.	○ Sim ○ Não
10	Doença ocupacional adquirida no exercício da profissão, sequela decorrente de Acidente de Trabalho, LER, DORT, Outros.	○ Sim ○ Não
11	Alterações da mandíbula, Alterações na arcada dentária, Outras	○ Sim ○ Não
12	Qualquer outra doença que não se relacione ou não se encontre descrita nos itens anteriores ou que tenha gerado ou não internação.	○ Sim ○ Não

Quadro II – Esclarecimentos Complementares

Caso a resposta para algumas das questões anteriores tenha sido "S" ou qualquer outra doença que não se encontre listada no Quadro I, para qualquer um dos proponentes, especifique a razão dela (data, tratamento, quadro atual e tudo mais que julgar importante para avaliação de sua saúde).

Item	Data do evento	Esclarecimentos

Campo de uso EXCLUSIVO para os casos de preenchimento da Declaração de Saúde com acompanhamento Médico.

Declaração de Saúde preenchida com acompanhamento médico credenciado da GEAP _____ **Assinatura do médico orientador, com carimbo e CRM**	Declaração de Saúde preenchida com acompanhamento médico particular custeada pelo beneficiário. _____ **Assinatura do médico orientador, com carimbo e CRM**

Dispenso a orientação médica que me foi oferecida para o preenchimento da declaração de saúde e assumo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas nesta declaração.

Declaro que as informações acima são a expressão da verdade, podendo a GEAP considerá-las para análise, aceitação e manutenção das coberturas. Declaro, ainda, que estou ciente de que a omissão de informações sobre a existência de Doenças ou Lesões Preexistentes das quais saiba ser portador(a) no momento do preenchimento desta Declaração de Saúde, desde que tal omissão seja comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou cancelamento do contrato. Neste caso, serei responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da GEAP alegando a existência de Doença ou Lesão Preexistente não declarada.

Autorizo que médicos, clínicas ou quaisquer entidades públicas ou privadas prestem aos médicos desta operadora informações sobre meu estado de saúde e de meus dependentes e grupo familiar - agregado, bem como as moléstias das quais tenhamos, porventura, sofrido e o resultado de exames, isentando-os, desde já, de qualquer responsabilidade que implique ofensa ou sigilo profissional

_____, ___/___/_____

Local **Data**

_____

Assinatura do beneficiário ou responsável legal