

**1. DISPOSIÇÕES GERAIS**

Os campos abaixo deverão ser preenchidos com os dados do beneficiário titular. Quando for incluir dependente ou agregado utilizar o formulário específico. Titular ou dependente copatrocinado deve solicitar autorização da patrocinadora. A adesão no plano está condicionada as regras do Convênio por Adesão firmado com a patrocinadora.

**2. TIPO DE ADESÃO**

Origem da adesão: Geap Plataforma, qual? \_\_\_\_\_  
Adesão/Reingresso com portabilidade de carências Não Sim, observar o disposto nos regulamentos dos planos.

**3. DADOS DO PLANO**Nome do Plano:  
\_\_\_\_\_**4. DADOS DO TITULAR**

Nome: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Nome Social: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino Feminino Estado Civil: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Nome do pai: \_\_\_\_\_

Cor/raça: Amarela Branca Indígena Parda Preta

CNS: \_\_\_\_\_ RG/CNH: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: UF: \_\_\_\_\_ Data de emissão: \_\_\_\_\_

Possui deficiência? Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s):

Deficiência auditiva	Deficiência intelectual	Deficiência física
Deficiência psicossocial	Deficiência visual	Não possui

Endereço: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

DDD + Celular Pessoal: \_\_\_\_\_ DDD + Celular Alternativo: \_\_\_\_\_ DDD + Tel. Res.: \_\_\_\_\_ DDD + Tel. Com.: \_\_\_\_\_  
( ) ( ) ( ) ( )

E-mail Pessoal:

Autoriza o envio de SMS marketing:

 Sim  Não

Autoriza o envio de e-mail marketing:

 Sim  Não

## 5. DADOS BANCÁRIOS

Nome do banco:

Agência:

Dv Agência: Nº Conta:

Dv Conta: Tipo de conta:

      Corrente  Poupança

Os dados bancário devem ser do **próprio beneficiário**, pessoa física, maior de idade. Utilizado para débito em conta, reembolso, restituições e devoluções.

## 6. DADOS FUNCIONAIS DO TITULAR

Patrocinadora:

Matrícula:

 

Data da Admissão:

Cargo:

 

Situação:

 Aposentado  Ativo  Cargo em comissão  Cedido  Pensionista  Requisitado  Temporário  Licença

Remuneração

Ref. Mês/Ano:

  / 

Vínculo com sindicato:

 Sim  Não

Nome do sindicato:

## 7. PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE - PEP

Você é uma Pessoa Exposta Politicamente?

 Sim  Não

Pessoa que tenha desempenhado, nos últimos 5 (cinco) anos, no Brasil ou em outros países, cargos, empregos, ou funções públicas relevantes, assim como os seus representantes, pessoas de seu relacionamento e familiares (Circular 3978 de 23/1/2020).

## 8. ADESÃO

**8.1** Solicito minha adesão como titular em razão do Convênio por Adesão, celebrado entre a Geap Autogestão em Saúde e a patrocinadora a qual estou vinculado, bem como a inscrição do(a) dependente(s) e agregado(s), se houver, respectivamente, para o plano escolhido.

## 9. TERMO DE RESPONSABILIDADE

**9.1** Pelo presente Termo de Responsabilidade, declaro para todos os fins legais, que:

**I-** Confirmando 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](http://www.geap.org.br), bem como de todo o teor do Convênio por Adesão ao qual sou vinculado, disponibilizado por meio da minha patrocinadora;

**II** - Autorizo a Geap Autogestão em Saúde a realizar tratamento dos meus dados pessoais e pessoais sensíveis, em razão do objeto do formulário de adesão, sendo condição para a prestação de assistência à saúde 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 Unidades Administrativas;

**III** - Tenho conhecimento que, caso inclua dependente e/ou agregado, sendo esse último menor de 18 (dezoito) anos e/ou incapaz, deverão ser preenchidos documentos específicos (formulário de adesão dependente e/ou formulário de adesão agregado), disponibilizados no site da Geap: [www.geap.org.br](http://www.geap.org.br), com a minha assinatura em campo prefixado nos respectivos formulários;

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

**V** - Tenho conhecimento que, após o meu dependente - filho(a), enteado(a), completar 21 (vinte e um) anos de idade, esse será cancelado do plano, salvo no caso do(a) beneficiário(a) titular comprovar os requisitos para a manutenção como dependente copatrocinado, observado o disposto no regulamento do plano ao qual estou aderindo e Convênio por Adesão ao qual estou vinculado;

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

**VII** - 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.

**10. EXCLUSIVO DO(A) TITULAR**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Local Data Assinatura do(a) titular/responsável legal quando se tratar de beneficiário(a) menor de 18 (dezoito) anos e/ou incapaz.

**11. EXCLUSIVO DA PATROCINADORA**

Autorizamos a inscrição do(a) servidor(a) empregado(a) informando (a) neste formulário.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Local Data 

<b>AUTORIZADOR</b>

 Assinatura e Matrícula

**12. 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 assistências 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 Agravado, 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](http://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](http://www.ans.gov.br) - **Perfil Beneficiário**.

**Beneficiário\*\***

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local Data

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Intermediário entre a operadora e o beneficiário\*\*\***

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local Data

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

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

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

**FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE SAÚDE****INSTRUÇÕES GERAIS:**

1. O objetivo da Declaração de Saúde é registrar as informações sobre as doenças ou lesões que o (a) Sr(a.) saiba ser portador(a) ou sofredor(a), e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação ou adesão contratual, em relação a si mesmo ou a qualquer de seus dependentes.
2. A Declaração de Saúde deve ser devidamente preenchida, datada e assinada pelo beneficiário ou seu representante legal, no caso de beneficiário menor de 18 anos ou incapaz. Todas as páginas da declaração de saúde devem ser rubricadas.
3. O (A) Sr(a.) tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico indicado pela Geap, sem qualquer ônus, ou pode optar por um profissional de sua livre escolha, desde que assumo o ônus financeiro.
4. Para fins da legislação vigente, em cumprimento ao que determina os incisos I e II do art. 10, da RN nº 162 de 17/10/2007, considera-se:
  - Cobertura Parcial Temporária - CPT, aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade - PAC, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.
  - Agravo: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.
5. Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, o(a) Sr(a.) ficará em Cobertura Parcial Temporária - CPT por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano de saúde. Neste período, haverá a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade - PAC, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas
6. Nenhuma cobertura poderá ser negada ao (a.) Sr(a.) para doenças ou lesões preexistentes não declaradas até a publicação pela ANS de decisão favorável à operadora, ou seja, confirmando que o (a) Sr(a.) omitiu a(s) doença(s) ou lesão(ões) no preenchimento desta declaração. Também não haverá suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação pelo órgão regulador de decisão confirmando a omissão de doença ou lesão preexistente no preenchimento desta declaração.
7. Após julgamento e acolhida a alegação da Geap pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela Geap, bem como será excluído do plano.
8. Todas as páginas deverão ser rubricadas.
9. Para cada doença ou lesão listada abaixo, o (a) Sr(a) deverá assinalar NÃO, caso esteja ciente de que não é portador (a) de tal condição, ou SIM caso esteja ciente de que é portador (a) dessa condição. Para todas as respostas SIM, o (a) Sr(a.) deverá especificar a condição de que é portador.

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

Nome/Nome Social:

Data de Nascimento:

Peso (kg):

Altura:

<b>Preenchimento pelo pretense beneficiário marque as respostas afirmativas.</b>		
1	Doenças do aparelho cardiocirculatório como: infarto, pressão alta, cirurgia cardíaca, uso de marca passo, outras.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
2	Doenças endócrinas e metabólicas como: diabetes, obesidade, Hepatite B/C, outras.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
3	Doenças do sangue, imunológicas e do colágeno ou autoimunes como: Aids, Lúpus, Artrite reumatoide, outras.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
4	Doenças do sistema nervoso e cerebrovasculares como: Parkinson, Alzheimer, Epilepsia, outras.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
5	Doenças crônicas do aparelho respiratório e/ou doenças do ouvido, do nariz e da garganta como: Asma, Bronquite, Desvio de septo, outras.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
6	Doenças ortopédicas como: Artrose, Hérnia de disco, Deformidade óssea, outras.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
7	Doenças ou tumorações malignas como: Mieloma múltiplo, qualquer outro tipo de câncer.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
8	Doenças do aparelho urinário e do aparelho reprodutor mas ou fem como: Cálculo renal, Doenças da próstata, Rim transplantedo, outras.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
9	Doença dos olhos como: Miopia, Astigmatismo, Catarata, Glaucoma, outros.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
10	Doença ocupacional adquirida no exercício da profissão, seqüela decorrente de Acidente de Trabalho, LER, DORT, Outros.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
11	Alterações da mandíbula, Alterações na arcada dentária, outras	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
12	Qualquer outra doença que não se relacione ou não se encontre descrita nos itens anteriores ou que tenha gerado ou não internação.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

**Quadro II – Esclarecimentos Complementares**

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

Item	Data do evento	Esclarecimentos

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

Declaração de Saúde preenchida com acompanhamento médico credenciado da Geap  _____ <b>Assinatura do médico orientador, com carimbo e CRM</b>	Declaração de Saúde preenchida com acompanhamento médico particular custeada pelo beneficiário.  _____ <b>Assinatura do médico orientador, com carimbo e CRM</b>
--	---

Dispensar a orientação médica que me foi oferecida para o preenchimento da declaração de saúde e assumir 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**



## 1. DISPOSIÇÕES GERAIS

Os campos abaixo deverão ser preenchidos com os dados do beneficiário dependente. Se for maior de 18 (dezoito) anos e capaz, necessário assinar no campo específico. Se for menor de 18 (dezoito) anos e/ou incapaz, necessário o preenchimento da Declaração constante no Anexo II, pelo genitor, tutor ou curador do menor e/ou incapaz. Titular ou dependente copatrocinado deve solicitar autorização da patrocinadora. A adesão no plano está condicionada as regras do Convênio por Adesão firmado com a patrocinadora.

## 2. TIPO DE ADESÃO

Origem da adesão: Geap Plataforma, qual? \_\_\_\_\_

Adesão/Reingresso com portabilidade de carências Não Sim, observar o disposto nos regulamentos dos planos.

## 3. DADOS DO PLANO

Nome do Plano: \_\_\_\_\_

## 4. DADOS DO TITULAR

Nome do titular: \_\_\_\_\_ CPF do titular: \_\_\_\_\_

## 5. DADOS DO DEPENDENTE

Nome: \_\_\_\_\_

Nome Social: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino Feminino Estado Civil: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Nome do pai: \_\_\_\_\_

Cor/raça: Amarela Branca Indígena Parda Preta

CNS: \_\_\_\_\_ RG/CNH: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: UF: \_\_\_\_\_ Data de emissão: \_\_\_\_\_

Possui deficiência? Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s):

Deficiência auditiva	Deficiência intelectual	Deficiência física
Deficiência psicossocial	Deficiência visual	Não possui

Endereço:

CEP:	Bairro:	Cidade:	UF:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DDD + Celular Pessoal:	DDD + Celular Alternativo:	DDD + Tel. Res.:	DDD + Tel. Com.:
( <input type="text"/> )	( <input type="text"/> )	( <input type="text"/> )	( <input type="text"/> )

E-mail Pessoal:

Autoriza o envio de SMS marketing:	Autoriza o envio de e-mail marketing:
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

## 6. PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE - PEP

Você é uma Pessoa Exposta Politicamente?  Sim  Não

Pessoa que tenha desempenhado, nos últimos 5 (cinco) anos, no Brasil ou em outros países, cargos, empregos, ou funções públicas relevantes, assim como os seus representantes, pessoas de seu relacionamento e familiares (Circular 3978 de 23/1/2020).

## 7. TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

I - Confirmando a leitura e estou de acordo com todo o disposto no Estatuto da Geap Autogestão em Saúde, o regulamento do plano ao qual estou incluindo meu dependente, a relação da rede prestadora de serviços vinculadas ao meu plano e do meu dependente, 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](http://www.geap.org.br), bem como de todo o teor do Convênio por Adesão ao qual sou vinculado, juntamente com meu dependente, disponibilizado por meio da minha patrocinadora;

II - Autorizo a Geap Autogestão em Saúde a realizar tratamento dos meus dados pessoais e pessoais sensíveis, em razão do objeto do formulário de adesão, sendo condição para a prestação de assistência à saúde 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 Teletendimento: 0800 728 8300, ou presencialmente nos balcões de atendimento das Unidades Administrativas;

III - Tenho conhecimento que, após o meu dependente - filho(a), enteado(a), completar 21 (vinte e um) anos de idade, esse será cancelado do plano, salvo no caso do(a) beneficiário(a) titular comprovar os requisitos para a manutenção como dependente copatrocinado, 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 cancelado do plano, salvo manifestação em contrário do(a) beneficiário(a) 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 menor de 18 (dezoito) anos e/ou incapaz será necessário o preenchimento e minha assinatura no anexo II deste formulário.

**EXCLUSIVO DO(A) DEPENDENTE**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Local Data Assinatura do(a) dependente maior de 18 (dezoito) anos ou responsável legal quando se tratar de dependente incapaz.

**EXCLUSIVO DO(A) TITULAR**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Local Data Assinatura do(a) titular/responsável legal quando se tratar de titular incapaz.

**EXCLUSIVO DA PATROCINADORA**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Local Data

AUTORIZADOR	
Assinatura	Matrícula

**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 assistências 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 Agravado, 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/o incapaz, preencher os dados com nome e assinatura do responsável legal.

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

**FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE SAÚDE****INSTRUÇÕES GERAIS:**

1. O objetivo da Declaração de Saúde é registrar as informações sobre as doenças ou lesões que o (a) Sr(a.) saiba ser portador(a) ou sofredor(a), e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação ou adesão contratual, em relação a si mesmo ou a qualquer de seus dependentes.
2. A Declaração de Saúde deve ser devidamente preenchida, datada e assinada pelo beneficiário ou seu representante legal, no caso de beneficiário menor de 18 anos ou incapaz. Todas as páginas da declaração de saúde devem ser rubricadas.
3. O (A) Sr(a.) tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico indicado pela Geap, sem qualquer ônus, ou pode optar por um profissional de sua livre escolha, desde que assumo o ônus financeiro.
4. Para fins da legislação vigente, em cumprimento ao que determina os incisos I e II do art. 10, da RN nº 162 de 17/10/2007, considera-se:
  - Cobertura Parcial Temporária - CPT, aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade - PAC, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.
  - Agravo: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.
5. Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, o(a) Sr(a.) ficará em Cobertura Parcial Temporária - CPT por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano de saúde. Neste período, haverá a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade - PAC, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas
6. Nenhuma cobertura poderá ser negada ao (a.) Sr(a.) para doenças ou lesões preexistentes não declaradas até a publicação pela ANS de decisão favorável à operadora, ou seja, confirmando que o (a) Sr(a.) omitiu a(s) doença(s) ou lesão(ões) no preenchimento desta declaração. Também não haverá suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação pelo órgão regulador de decisão confirmando a omissão de doença ou lesão preexistente no preenchimento desta declaração.
7. Após julgamento e acolhida a alegação da Geap pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela Geap, bem como será excluído do plano.
8. Todas as páginas deverão ser rubricadas.
9. Para cada doença ou lesão listada abaixo, o (a) Sr(a) deverá assinalar NÃO, caso esteja ciente de que não é portador (a) de tal condição, ou SIM caso esteja ciente de que é portador (a) dessa condição. Para todas as respostas SIM, o (a) Sr(a.) deverá especificar a condição de que é portador.

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

Nome/Nome Social:

Data de Nascimento:

Peso (kg):

Altura:

<b>Preenchimento pelo pretense beneficiário marque as respostas afirmativas.</b>		
<b>1</b>	Doenças do aparelho cardiocirculatório como: infarto, pressão alta, cirurgia cardíaca, uso de marca passo, outras.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
<b>2</b>	Doenças endócrinas e metabólicas como: diabetes, obesidade, Hepatite B/C, outras.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
<b>3</b>	Doenças do sangue, imunológicas e do colágeno ou autoimunes como: Aids, Lúpus, Artrite reumatoide, outras.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
<b>4</b>	Doenças do sistema nervoso e cerebrovasculares como: Parkinson, Alzheimer, Epilepsia, outras.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
<b>5</b>	Doenças crônicas do aparelho respiratório e/ou doenças do ouvido, do nariz e da garganta como: Asma, Bronquite, Desvio de septo, outras.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
<b>6</b>	Doenças ortopédicas como: Artrose, Hérnia de disco, Deformidade óssea, outras.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
<b>7</b>	Doenças ou tumorações malignas como: Mieloma múltiplo, qualquer outro tipo de câncer.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
<b>8</b>	Doenças do aparelho urinário e do aparelho reprodutor mas ou fem como: Cálculo renal, Doenças da próstata, Rim transplantado, outras.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
<b>9</b>	Doença dos olhos como: Miopia, Astigmatismo, Catarata, Glaucoma, outros.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
<b>10</b>	Doença ocupacional adquirida no exercício da profissão, seqüela decorrente de Acidente de Trabalho, LER, DORT, Outros.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
<b>11</b>	Alterações da mandíbula, Alterações na arcada dentária, outras	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
<b>12</b>	Qualquer outra doença que não se relacione ou não se encontre descrita nos itens anteriores ou que tenha gerado ou não internação.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

**Quadro II – Esclarecimentos Complementares**

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

<b>Item</b>	<b>Data do evento</b>	<b>Esclarecimentos</b>

**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  _____ <b>Assinatura do médico orientador, com carimbo e CRM</b>	Declaração de Saúde preenchida com acompanhamento médico particular custeada pelo beneficiário.  _____ <b>Assinatura do médico orientador, com carimbo e CRM</b>
--	---

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**



**ANEXO II**  
**DECLARAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO DOS DADOS PESSOAIS E SENSÍVEIS -**  
**DEPENDENTES E AGREGADOS MENORES DE 18 (DEZOITO) ANOS E/OU INCAPAZES**

1. Eu,

Nacionalidade:

Estado Civil:

Nome da mãe:

Nome do pai:

Profissão:

Portador(a) do(a) RG / CNH:

CPF:

Genitor(a), tutor(a) ou curador(a) autorizo a Geap Autogestão em Saúde a realizar tratamento dos dados pessoais e pessoais sensíveis do(a) menor e/ou incapaz:

em razão do objetivo do formulário de adesão, sendo consição para a prestação de assistência a saúde suplementar, conforme determina a Lei nº. 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD.

2. É necessário ao genitor(a), tutor(a) ou curador(a) responsável legal do dado pessoal e pessoal sensível do(a) menor e/ou incapaz, mediante requisição, a qualquer momento obter informações e formular requerimentos específicos por meio da Central Nacional de Teleatendimento: 0800 728 9300, ou presencialmente nos balcões de atendimento das Unidades Administrativas.

3. Sendo a expressão da verdade, responsabilizo-me civil e criminalmente pela fidedignidade desta declaração.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Local e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Genitor(a), Tutor(a) ou Curador(a)