

1. DADOS DO TITULAR

**1.1. Adesão condicionada ao vínculo com o(a) titular ativo:**

**1.1.1. Nome**

**1.1.2. CPF**

2. DADOS DO BENEFICIÁRIO DO GRUPO FAMILIAR

(\*) Condição permitida de acordo com as regras do convênio com o patrocinador.

**Adesão com portabilidade de Carências**  Sim  Não

**Observar o disposto nos regulamentos dos planos.**

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

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Filiação 1:

Filiação 2:

RG: \_\_\_\_\_

Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_

Data de Emissão: \_\_\_\_\_

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

Sexo: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Repetir Endereço do Titular:

Sim  Não

Endereço:

Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Tel. Com.: \_\_\_\_\_

Tel. Res.: \_\_\_\_\_

E-mail Pessoal:

Banco: \_\_\_\_\_

Agência: \_\_\_\_\_

Nº Conta Corrente: \_\_\_\_\_

Possui deficiência?

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

Sim  Não       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

Será inscrito no mesmo plano do Titular? (\*)

Sim  Não

Caso a opção não seja o mesmo plano do titular, informar o plano escolhido:

### 3. TERMO DE RESPONSABILIDADE

#### 3.1. 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](http://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 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 Gerências Estaduais ou Gerência do Distrito Federal da Geap;

III - Se o(a) beneficiário(a) do grupo familiar for menor de 18 (dezoito) anos e/ou incapaz, tenho ciência que será necessário o preenchimento da Declaração constante no Anexo II, pelo genitor(a), tutor(a) ou curador(a) do(a) menor e/ou incapaz;

IV - Tenho ciência que assumo o compromisso junto à GEAP Autogestão em Saúde de pagar as contribuições e coparticipações referentes ao plano ao qual estou inscrito(a), ou está inscrito(a) o(a) menor e/ou incapaz do qual sou responsável, tendo ciência que o não pagamento das contribuições mensais e coparticipações poderá acarretar no cancelamento da minha inscrição ou do(a) menor e/ou incapaz do qual o titular é responsável, bem como a inclusão do CPF no cadastro do SERASA;

V - Tenho ciência que em caso de exclusão do(a) beneficiário(a) titular, por quaisquer motivos, serei mantido(a) no plano observadas as regras do regulamento do plano ao qual estou vinculado.

VI - Para o plano GeapFamília o (a) beneficiário(a) deverá pagar a primeira contribuição no ato da assinatura do termo de adesão, proporcional aos dias de cobertura no referido mês.

#### Exclusivo do(a) beneficiário(a)

\_\_\_\_\_  
Local

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) beneficiário(a) do grupo familiar ou do titular quando se tratar de beneficiário do grupo familiar menor de 18 (dezoito) anos e/ou incapaz.

#### 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, confirmado 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:

Data de Nascimento:

Vínculo:

<input type="text"/>	Grupo Familiar
----------------------	----------------

Peso (kg):

Altura:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

**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.	<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	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, Rin 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, sequela 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).

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	Declaração de Saúde preenchida com acompanhamento médico particular custeada pelo beneficiário.
<b>Assinatura do médico orientador, com carimbo e CRM</b>	<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 PESSOAIS SENSÍVEIS –  
DEPENDENTES E BENEFICIÁRIOS DO GRUPO FAMILIAR MENORES DE 18 (DEZOITO) ANOS E/OU INCAPAZES**

**1.** Eu,

[Redacted]

Nacionalidade:

Estado civil:

[Redacted]

Filiação:

[Redacted]

Profissão:

[Redacted]

Portador(a) da Cédula de Identidade RG nº.:

CPF:

[Redacted]

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:

[Redacted]

em razão do objeto do termo de adesão, sendo condição 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 assegurado 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 8300, ou presencialmente nos balcões de atendimento das Gerências Regionais e Gerência do Distrito Federal.

**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)