



# REGULAMENTO DO PLANO GEAP Família

ANS N° - 323080

Número de registro do produto ANS: 434.233/00-0  
Vigência: 03 de julho de 2024

# Sumário

TÍTULO I .....	5
CAPÍTULO ÚNICO .....	5
TÍTULO II .....	7
CAPÍTULO ÚNICO .....	7
Dos Beneficiários.....	7
TÍTULO III .....	8
Da Inscrição, Da Manutenção, Das Penalidades, Da Exclusão, Da Migração e Da Reativação .	8
CAPÍTULO I .....	8
Da Inscrição no Plano .....	8
Seção I.....	8
Do Cartão de Identificação do Beneficiário - CIB.....	8
CAPÍTULO II .....	9
Da Manutenção no Plano .....	9
CAPÍTULO III .....	9
Das Penalidades Pela Inadimplência.....	9
Seção I.....	10
Seção II.....	10
Seção III.....	10
Seção IV.....	10
Seção V .....	11
CAPÍTULO IV .....	11
Do Cancelamento .....	11
CAPÍTULO V .....	12
Da Migração.....	12
CAPÍTULO VI.....	13
Da Reativação.....	13
TÍTULO IV .....	14
Das Garantias e Exclusões de Cobertura e Das Doenças e Lesões Preexistentes .....	14
CAPÍTULO I .....	14
Das Garantias de Coberturas .....	14
Seção I.....	14

Seção II.....	16
Seção III.....	19
Seção III.....	19
Seção IV.....	19
<b>CAPÍTULO II .....</b>	<b>21</b>
<b>Das Exclusões de Cobertura .....</b>	<b>21</b>
<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>23</b>
<b>Das Doenças e Lesões Preexistentes - DLP.....</b>	<b>23</b>
<b>TÍTULO V .....</b>	<b>25</b>
<b>Do Acesso às Coberturas, Tratamento Fora de Domicílio-TFD e Garantias de Remoção .....</b>	<b>25</b>
<b>CAPÍTULO I .....</b>	<b>25</b>
<b>Do Acesso às Coberturas .....</b>	<b>25</b>
<b>CAPÍTULO II .....</b>	<b>26</b>
<b>Do Tratamento Fora de Domicílio - TFD.....</b>	<b>26</b>
<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>27</b>
<b>Das Garantias de Remoção .....</b>	<b>27</b>
<b>CAPÍTULO IV .....</b>	<b>28</b>
<b>Da Concessão do Reembolso de Remoção .....</b>	<b>28</b>
<b>CAPÍTULO V.....</b>	<b>28</b>
<b>Da Solicitação de Reembolso de Remoção .....</b>	<b>28</b>
<b>TÍTULO VI .....</b>	<b>29</b>
<b>Das carências, Da Portabilidade de Carências, Das Garantias de Atendimento e Remoção nos     Períodos de Carência .....</b>	<b>29</b>
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>29</b>
<b>Das Carências .....</b>	<b>29</b>
<b>CAPÍTULO II .....</b>	<b>30</b>
<b>Da Portabilidade de Carências .....</b>	<b>30</b>
<b>Seção I.....</b>	<b>31</b>
<b>Seção II.....</b>	<b>32</b>
<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>32</b>
<b>Das Garantias de Atendimento no Período de Carência .....</b>	<b>32</b>
<b>CAPÍTULO IV.....</b>	<b>33</b>
<b>Das Garantias de Remoção no Período de Carência .....</b>	<b>33</b>
<b>TÍTULO VII .....</b>	<b>33</b>
<b>Do Custeio, Contribuições e Coparticipações.....</b>	<b>33</b>
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>33</b>

Do Custeio .....	33
CAPÍTULO II .....	34
Das Contribuições .....	34
CAPÍTULO III .....	35
Das Coparticipações .....	35
TÍTULO VIII .....	35
Do Direito, Da Concessão, Da Solicitação e Da Coparticipação do Reembolso .....	35
CAPÍTULO I .....	35
Do Direito à solicitação de Reembolso .....	35
CAPÍTULO II .....	36
Da Concessão do Reembolso .....	36
CAPÍTULO III .....	37
Da Solicitação de Reembolso .....	37
CAPÍTULO IV .....	38
Da Coparticipação do Reembolso .....	38
TÍTULO IX .....	38
CAPÍTULO ÚNICO .....	38
Do Mecanismo de Regulação .....	38
TÍTULO X .....	39
CAPÍTULO ÚNICO .....	39
Das Disposições Finais .....	39
ANEXO I .....	41
TABELA DE COPARTICIPAÇÃO PELOS SERVIÇOS UTILIZADOS .....	41
ANEXO II .....	42
DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO/REATIVAÇÃO NO PLANO .....	42
ANEXO III .....	50
DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAR REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS E HOSPITALARES .....	50
ANEXO IV .....	54
DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAR REEMBOLSO DE DESPESAS ODONTOLÓGICAS .....	54

**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 Família, administrado pela GEAP Autogestão em Saúde em favor do grupo familiar dos titulares vinculados às patrocinadoras da GEAP.

§ 1º O plano GEAP Família é um plano coletivo empresarial, de abrangência nacional, com coparticipação, com acomodação em apartamento, regido pela legislação emanada pelo Poder Público, pelo Estatuto da GEAP e por este Regulamento.

§ 2º O beneficiário, se assim desejar, poderá optar pela acomodação em enfermaria, na qual fará jus à redução da coparticipação nos termos do estabelecido no Anexo I do presente Regulamento.

§ 3º Para efeitos do disposto neste Regulamento deverão ser observadas as regras/requisitos dispostos no Convênio por Adesão ao qual o beneficiário titular e o beneficiário do grupo familiar estiverem vinculados, 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 Família; 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 Família; 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, 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, 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. OFFLABEL: 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, predefinidos 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: eletivo é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência e/ou emergência e que são, geralmente, programados. Dessa forma, a Operadora deverá garantir o acesso do beneficiário à garantia de atendimento, dentro dos prazos definidos pela ANS na Resolução Normativa Nº 566/2022, conforme a cobertura assistencial e odontológica.
- XV. JUNTA MÉDICA: a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio da resolução 424/2017, estabeleceu critérios para a formação de junta médica ou odontológica para sanar divergências técnico assistencial entre indicação do médico assistente e a avaliação da operadora. Sendo assim, a junta médica será formada pelo médico solicitante, pelo profissional da operadora e pelo desempatedor para dirimir o empasse.
- XVI. PERÍCIA MÉDICA E/OU PERÍCIA ONLINE: perícia médica é um mecanismo de regulação, na qual consiste em uma consulta com o médico auditor, para que seja realizada a análise do pleito. O plano de saúde poderá solicitar perícia médica em algumas solicitações cirúrgicas conforme critérios definidos.
- XVII. UNIDADE ADMINISTRATIVA DA GEAP: são unidades de atendimento presencial da GEAP aos beneficiários.

Parágrafo único. Para efeitos do disposto neste Regulamento deverão ser observadas a área de abrangência geográfica e de atuação do plano 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**

### **CAPÍTULO ÚNICO**

#### **Dos Beneficiários**

Art. 4º Somente a pessoa pertencente ao grupo familiar do titular terá direito às coberturas asseguradas pelo plano GEAP Família.

§ 1º Poderão ser inscritas no plano GEAP Família, vinculadas ao beneficiário titular dos planos GEAP Saúde e GEAP Saúde II, 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.

§ 2º Para efeitos deste Regulamento, considera-se como beneficiário titular as seguintes pessoas inscritas no plano GEAP Saúde e plano GEAP Saúde II:

- I. o servidor ou empregado ativo das patrocinadoras da GEAP;
- II. os ocupantes de cargo comissionado nas patrocinadoras da GEAP;
- III. o servidor inativo das patrocinadoras da GEAP;
- IV. o ex-empregado aposentado das patrocinadoras da GEAP; ou
- V. o ex-servidor ou ex-empregado das patrocinadoras da GEAP que, embora tenha perdido seu vínculo empregatício com as patrocinadoras, tenha mantido sua inscrição no plano da GEAP.

§ 3º 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.

Art. 5º O beneficiário do grupo familiar será automaticamente desvinculado financeiramente do titular, devendo arcar com as contribuições e coparticipações do seu plano, conforme disposto no Título VII - Do Custeio, Contribuições e Coparticipações.

### **TÍTULO III**

#### **Da Inscrição, Da Manutenção, Das Penalidades, Da Exclusão, Da Migração e Da Reativação**

#### **CAPÍTULO I**

##### **Da Inscrição no Plano**

Art. 6º É voluntária e facultativa a inscrição de qualquer beneficiário no plano GEAP Família, desde que se enquadrem nas hipóteses previstas no parágrafo 1º do artigo 4º 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 A inscrição do beneficiário familiar se dará por meio de contrato individual a ser firmado com o beneficiário titular, denominado “Formulário de Adesão”, por meio do qual o beneficiário familiar adere às regras, cláusulas e definições constantes do Convênio por Adesão firmado com a patrocinadora a qual o titular está vinculado.

§ 2º A inscrição no plano GEAP Família 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 Formulário de Adesão pela GEAP com a declaração de saúde.

#### **Seção I**

##### **Do Cartão de Identificação do Beneficiário - CIB**

Art. 7º Serão fornecidas ao beneficiário a versão física e digital do Cartão de Identificação do Beneficiário - CIB, cuja apresentação, juntamente com documento oficial de identidade, é obrigatória para utilização da cobertura assistencial oferecida pelo plano.

§ 2º Ocorrendo extravio ou perda do Cartão de Identificação do Beneficiário – CIB na versão física, o fato deve ser comunicado imediatamente à Central Nacional de Teleatendimento da GEAP, ou à respectiva Unidade Administrativa no seu Estado, para que seja solicitada a emissão de novo cartão e, alteração cancelamento da numeração do CIB extraviado ou perdido.

§ 3º A GEAP Autogestão em Saúde não cobrará do beneficiário o custo correspondente à emissão de 2ª (segunda) via do cartão de Identificação.

§ 4º 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.

§ 5º 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 Em caso de morte do titular, o plano poderá ser mantido pelos beneficiários do grupo familiar, 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, devendo assumir o pagamento integral da contribuição/mensalidade.

§ 1º O direito de manutenção de que trata o caput deste artigo, será assegurado, desde que os beneficiários façam a opção formal pela manutenção no plano, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, na forma da Resolução Normativa Nº 488/2022 da ANS, ou outra que venha a substituí-la, a contar:

- I. da comunicação inequívoca feita pelo empregador aos beneficiários do grupo familiar sobre a opção da manutenção da condição de beneficiário de que possuía quando da vigência do contrato, ou seja, de quando o titular estava ativo no plano;
- II. da comunicação inequívoca feita pela GEAP ao grupo familiar sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que possuía quando vinculado ao titular antes do falecimento; ou
- III. da data de cancelamento do titular do plano.

§ 2º O período de manutenção na condição a que se refere o caput deste artigo será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, conforme definido na Lei Nº 9.656/98 e na Resolução Normativa Nº 488/2022 da ANS, ou outra que vier a substituí-la.

§ 3º O direito de manutenção de que trata este artigo, está condicionado a vigência do Convênio por Adesão ao qual o titular do plano estiver vinculado.

## **CAPÍTULO III**

### **Das Penalidades Pela Inadimplência**

Art. 9º O beneficiário que incorrer em atraso no pagamento da contribuição/mensalidade ou da coparticipação, poderá ser:

- I. comunicado;
- II. advertido;
- III. notificado;
- IV. suspenso;
- V. excluído.

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

## **Seção I**

### **Da Comunicação**

Art. 10 O beneficiário será comunicado, até o 5º (quinto) dia de atraso, a contar da data de vencimento da contribuição/mensalidade ou da coparticipação.

## **Seção II**

### **Da Advertência**

Art. 11 O beneficiário será advertido a partir do 10º (décimo) dia de inadimplência, a contar da data de vencimento da contribuição/mensalidade ou da coparticipação, quando da utilização do plano em procedimentos eletivos, oportunidade em que o respectivo atendimento será condicionado à realização de contato prévio com a GEAP, por meio dos seus canais oficiais de atendimento.

## **Seção III**

### **Da Notificação**

Art. 12 A notificação prevista no inciso III do artigo 9, será realizada até o 50º (quinguagésimo) dia do não pagamento, como pré-requisito para suspensão parcial ou cancelamento do plano, motivado por inadimplência, conforme modalidades previstas no art. 8º da Resolução Normativa Nº 593/2023 ou outra que vier a substituí-la.

§ 1º Da notificação válida, o beneficiário, gozará de prazo de 10 (dez) dias para que seja efetuado o pagamento do débito.

§ 2º Caso a notificação ocorra após o 50º (quinguagésimo) dia do não pagamento, será concedido prazo de 10 (dez) dias, contados da notificação, para que seja efetuado o pagamento do débito.

## **Seção IV**

### **Da Suspensão Parcial Do Atendimento**

Art. 13 Haverá a suspensão parcial da cobertura assistencial aos beneficiários, conforme disposto no inciso IV do artigo 9º, quando este incorrer em atraso de 2 (duas) contribuições/mensalidades ou coparticipação consecutivas ou não, no período de 12 (doze) meses.

§ 1º A suspensão da cobertura será parcial, conforme definido no caput deste artigo, pois não será aplicada para os atendimentos de urgência/emergência e na situação prevista no parágrafo 7º do artigo 14 deste Regulamento.

§ 2º A suspensão dos atendimentos de forma parcial, não implicará na suspensão das cobranças de contribuição/mensalidade ou da participação, razão pela qual se torna devida a cobrança integral das mensalidades geradas durante o período em que o beneficiário estiver suspenso.

## **Seção V**

### **Da Exclusão**

Art. 14 Haverá a exclusão do beneficiário à cobertura assistencial, conforme disposto no inciso V do artigo 9º:

§1º A exclusão por inadimplemento se dará pelo não pagamento de duas contribuições/mensalidades ou coparticipação consecutivas ou não no período de doze meses.

§ 2º A exclusão será precedida de notificação da GEAP ao responsável pelo plano, por meio de comunicação inequívoca.

§ 3º 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.

§ 4º O parcelamento dos débitos, previsto no parágrafo 5º deste artigo, poderá ser realizado em até 12 (doze) meses.

§ 5º Durante a internação de qualquer beneficiário, titular, dependente ou membro do grupo familiar, é vedado, a exclusão por motivo de inadimplemento.

§ 6º 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 do cancelamento pela operadora, ficando sujeito à aplicação das medidas legais cabíveis.

§ 7º Caso o beneficiário que esteja em tratamento continuado, que não enseje internação em ambiente domiciliar ou hospitalar, seja excluído de forma unilateral pela GEAP por motivo de inadimplemento, ou nos casos de encerramento/rescisão de convênio, os procedimentos já autorizados antes da exclusão do beneficiário terão sua cobertura assegurada, perdendo, automaticamente, a cobertura para novas assistências.

§ 8º Caberá ao titular, responsável pelo Formulário de Adesão, o pagamento das coparticipações integrais relativas ao tratamento, seu e/ou de seus dependentes, a que se refere o parágrafo 7º deste artigo.

§ 9º Caberá ao beneficiário do grupo familiar, que tenha idade igual ou superior a 18 (dezoito) anos, ou o responsável legal do beneficiário considerado menor ou incapaz, o pagamento das coparticipações integrais relativas ao tratamento a que se refere o parágrafo 7º deste artigo.

§ 10 A exclusão da inscrição importará na perda automática das coberturas previstas neste Regulamento.

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

## **CAPÍTULO IV**

### **Do Cancelamento**

Art. 15 O cancelamento da inscrição do beneficiário familiar no plano GEAP Família ocorrerá:

- I. a pedido do beneficiário a qualquer tempo;
- II. por óbito do beneficiário do grupo familiar;
- III. por óbito do beneficiário titular;
- IV. por óbito do responsável legal, no caso de ser o responsável pelo Formulário de Adesão;
- V. por cancelamento da inscrição do beneficiário titular no plano GEAP;
- VI. a pedido do responsável legal, no caso de ser o responsável pelo Formulário de Adesão;
- VII. por inadimplemento no pagamento de contribuições e/ou participações, por período superior a 60 (sessenta) dias;
- VIII. por fraude ou uso indevido do plano GEAP Família, mediante apuração em processo interno da GEAP, assegurando-se a ampla defesa e o contraditório, sem prejuízo das sanções penais cabíveis; ou
- IX. Encerramento ou rescisão de Convênio por Adesão com o patrocinador ao qual o beneficiário titular estiver vinculado.

Parágrafo único. O cancelamento do beneficiário do grupo familiar do plano GEAP Família de que trata o inciso II do caput deste artigo será efetuado com a data do evento.

## **CAPÍTULO V**

### **Da Migração**

Art. 16 No caso em que ocorrer a migração do titular dos planos GEAP Saúde e GEAP Saúde II, o beneficiário familiar também terá seu plano de saúde migrado para o plano selecionado pelo titular, no 1º dia do mês subsequente, a contar da apresentação de formulário específico, à Unidade Administrativa da GEAP mais próxima.

§ 1º O beneficiário do grupo familiar, poderá optar pela migração para plano distinto do titular do plano, desde que haja previsão 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.

§ 2º 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/coparticipação ou pendências de arrecadação; ou
- II. se a migração ocorrer entre planos de idêntica cobertura e acomodação.

§ 3º 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.

§ 4º 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;

§ 5º O beneficiário que migrar para outro plano ofertado pela GEAP, não será isento da cobrança de eventuais débitos financeiros oriundos do plano anterior.

§ 6º 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**

### **Da Reativação**

Art. 17 O beneficiário familiar com inscrição cancelada, poderá optar pela reativação ao plano, observadas as regras e requisitos dispostos neste Regulamento, no Convênio por Adesão ao qual o beneficiário titular dos planos GEAP Saúde e GEAP Saúde II estiver vinculado, bem como os normativos vigentes da ANS.

§ 1º Para fins de reativação 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 GEAP em sua página na internet o referido formulário.

§ 4º A solicitação de reativação do beneficiário poderá ocorrer a qualquer tempo, desde que haja a quitação ou negociação das obrigações vencidas e não pagas, podendo ser exigido cumprimento de novos períodos de carências definidos no artigo 54 deste Regulamento, a contar da data de entrega na GEAP do formulário específico, cabendo observar o que dispõe o parágrafo 1º deste artigo.

§ 4º A reativação do beneficiário inadimplente, ficará condicionada à quitação integral do débito com a GEAP, mediante a incidência de juros e correção monetária.

§ 5º Não poderão reativar aos planos da GEAP aqueles beneficiários pertencentes ao grupo familiar que se encontram na condição de manutenção no plano, conforme disposto no parágrafo 2º do artigo 8º deste Regulamento.

§ 6º Não poderão reativar aos planos da GEAP aqueles beneficiários pertencentes ao grupo familiar, que se encontram na condição de manutenção no plano em decorrência da exclusão do beneficiário titular dos planos GEAP Saúde e GEAP Saúde II, conforme disposto no caput do artigo 8º deste Regulamento.

## **TÍTULO IV**

### **Das Garantias e Exclusões de Cobertura e Das Doenças e Lesões Preexistentes**

#### **CAPÍTULO I**

##### **Das Garantias de Coberturas**

Art. 18 O plano GEAP Família garante assistência relativa aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares, atendimentos obstétricos e odontológicos, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas Diretrizes de Utilização (DUT) editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e vigentes à época do evento, observada a área de atuação e rede assistencial do plano.

#### **Seção I**

##### **Da Cobertura Ambulatorial**

Art. 19 A cobertura ambulatorial do plano compreende os atendimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente incluindo os critérios dispostos pela Diretrizes de Utilização (DUT), editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS a qualquer momento, sendo realizados em regime ambulatorial ou hospitalar, observada a área de atuação e rede credenciada, para as seguintes coberturas:

- I. consultas médicas, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, advertindo que áreas de atuação não são de cobertura obrigatória pela operadora de saúde conforme Resolução do CFM - Conselho Federal de Medicina vigente;
- II. serviço de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais e/ou cirúrgicos ambulatoriais 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 estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- V. cobertura de fisioterapia listada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- 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.
- X. 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 autoinfligidas, abrangendo:
  - a) atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem risco de morte ou de danos físicos para o próprio paciente ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
  - b) psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente; e
  - c) tratamento básico, que é aquele prestado por profissional de saúde, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.
- XI. cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

### **Subseção I**

#### **Da Assistência em Fisioterapia**

Art. 20 A assistência em fisioterapia do plano GEAP Família 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;
- II. a cada 90 (noventa) dias o beneficiário deverá realizar nova avaliação com o profissional médico assistente e em caso de continuidade o profissional médico deverá fazer novo pedido contendo a indicação clínica, o diagnóstico e a previsão da duração do tratamento proposto.

**Subseção II**  
**Da Assistência em Psicologia**

Art. 21 A assistência em psicologia do plano GEAP Família prevê a cobertura de procedimentos, consultas 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, contendo a indicação e a justificativa do tratamento proposto;
- II. a cada 06 (seis) meses o beneficiário deverá realizar nova avaliação com o profissional médico assistente e em caso de continuidade o profissional médico deverá fazer novo pedido contendo a indicação clínica, o diagnóstico e a previsão da duração do tratamento proposto;
- III. a cobertura para sessões de psicologia se dará com atendimento individualizado realizado por profissional psicólogo/psicoterapeuta ou em grupo quando realizado por profissional médico.

**Subseção III**  
**Da Assistência em Fonoaudiologia**

Art. 22 A assistência em fonoaudiologia do plano GEAP Família prevê a cobertura 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 acompanhados de relatório técnico;
- II. a cada 90 (noventa) dias o beneficiário deverá realizar nova avaliação com o profissional médico assistente e em caso de continuidade o profissional médico deverá fazer novo pedido contendo a indicação clínica, o diagnóstico e a previsão da duração do tratamento proposto.

**Seção II**  
**Da Cobertura Hospitalar**

Art. 23 A cobertura hospitalar do plano GEAP Família 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 da 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 ambulatorial ou hospitalar;
- XI. órteses e próteses registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico listado no Rol Vigente;
- XII. procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto;
- 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 vigentes, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas, 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 (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
  - b) psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;
  - c) o custeio integral de até 30 (trinta) dias de internação, por ano de convênio, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
  - d) o custeio parcial, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de convênio, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, com coparticipação do beneficiário 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 31º (trigésimo primeiro) 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 ao transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção, nos termos previstos na legislação em vigor.

§ 2º Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos contratados, na acomodação coberta pelo plano – apartamento ou enfermaria, 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 individual (apartamento) ou coletiva (enfermaria) e, caso o beneficiário opte por acomodação em categoria superior à prevista ficará às expensas do beneficiário o pagamento direto ao contratado do valor excedente, inclusive a complementação dos honorários médicos e hospitalares, não cabendo qualquer reembolso por parte da GEAP.

§ 5º O beneficiário poderá optar por internação em acomodação coletiva (enfermaria), caso em que haverá diferenciação da coparticipação financeira prevista neste Regulamento, ressalvadas as internações psiquiátricas.

### **Seção III** **Da Assistência em Hospital-Dia**

Art. 24 A assistência em Hospital-Dia do plano GEAP Família 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 locorregional com ou sem sedação e/ou com agentes anestésicos de eliminação rápida, sempre com retaguarda hospitalar.

§ 3º A assistência em Hospital-Dia para transtornos mentais, conforme solicitação do médico assistente e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) vigente à época do evento.

### **Seção III** **Da Cobertura Odontológica**

Art. 25 A assistência odontológica no plano GEAP Família observará o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e as seguintes coberturas adicionais, observada a área de atuação e rede assistencial do plano.

- I. conserto em prótese total (exclusivamente em consultório);
- II. provisório para *inlay/onlay*;
- III. sepultamento radicular;
- IV. atividade educativa em saúde bucal;
- V. conserto em prótese parcial removível (em consultório e em laboratório);
- VI. conserto em prótese total (em consultório e em laboratório);
- VII. mantenedor de espaço removível; e
- VIII. órtese mio-relaxante (placa oclusal estabilizadora).

### **Seção IV** **Dos Programas**

Art. 26 O plano GEAP Família abrangerá ainda os seguintes programas pertencentes à Política de Atenção Integral à Saúde – MAIS SAÚDE:

- I. programas de Saúde: Hiperdia;
- II. programa de Auxílio Financeiro para Aquisição/Locação de Órteses e Próteses não cirúrgicas;
- III. programa de Auxílio Financeiro para Aquisição de Medicamentos Especiais;
- IV. programa de Auxílio Financeiro para Educação do Menor com Deficiência; e
- V. programa de Acesso a Bens e Serviços.

§ 1º A política MAIS SAÚDE oferece para todos os beneficiários do plano GEAP Família, 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 Auxílio Financeiro para Aquisição/Locação de Órteses e Próteses não cirúrgicas visa facilitar ao beneficiário do plano GEAP Família, aquisição/locação para uso próprio de tais implementos, auxiliares no tratamento e/ou reabilitação, de acordo com as seguintes regras:

- I. o auxílio financeiro para aquisição/locação de órteses e próteses não cirúrgicas, será pago ao titular via depósito em conta corrente, mediante formalização de pedido à unidade administrativa da GEAP e apresentação de documentos comprobatórios. O pagamento estará condicionado às regras de utilização do programa e limitado a tabela própria da GEAP para subsídio dos auxílios;
- II. para habilitar-se à obtenção deste auxílio o titular deverá apresentar à GEAP os documentos originais, relacionados à aquisição dos materiais, conforme critérios estabelecidos para elegibilidade ao programa;
- III. o titular deverá solicitar à GEAP a concessão do auxílio no prazo máximo de 90 (noventa) dias a contar da data de aquisição/locação, exceto, nas compras a prazo, quando prevalecerá a data da quitação; e
- IV. somente poderá ser autorizado novo auxílio para aquisição/locação do mesmo tipo de prótese ou órtese não cirúrgica após decorrido o período de 12 (doze) meses da concessão do auxílio anteriormente concedido, devendo ser comprovado na GEAP o desgaste do material anterior, caracterizada a impossibilidade de sua recuperação.

§ 3º O programa de auxílio financeiro para aquisição de medicamentos especiais visa facilitar ao titular do plano GEAP Família, a aquisição de medicamentos especiais prescritos para o seu tratamento domiciliar e oral ou dos seus dependentes, devendo ser autorizado pelo perito da GEAP, observando-se:

- I. os medicamentos especiais, para efeitos deste Regulamento, correspondem ao conjunto de fármacos de alto custo e comprovada eficácia de uso oral e domiciliar, utilizado em determinadas doenças, exceto os medicamentos utilizados em terapia quimioterápica oral;
- II. o auxílio financeiro para aquisição de medicamentos especiais funcionará por meio de reembolso aplicável exclusivamente para a relação de medicamentos definida pela GEAP, associada às situações patológicas;

- III. para habilitar-se à obtenção deste auxílio financeiro, o titular deverá apresentar à GEAP os documentos originais, relacionados à aquisição dos medicamentos especiais; e
- IV. o auxílio financeiro para aquisição de medicamentos especiais equivalerá a 50% (cinquenta por cento) do preço constante na nota fiscal, Brasíndice (guia farmacêutico indicador de pesquisa de preço, medicamento, soluções parenterais e materiais hospitalares) ou mercado local de compra do medicamento pelo titular, prevalecendo o menor valor entre os três indicadores.

§ 4º O Programa de Auxílio Financeiro para Educação do Menor com Deficiência visa facilitar que o titular do plano propicie a seu dependente, menor de 18 (dezoito) anos de idade, com deficiência permanente e incapacitante, o acesso à educação especial e especializada necessária a tais casos, na forma seguinte:

- I. estão abrangidos no referido programa os menores dependentes portadores de deficiência mental, física, auditiva, visual e múltipla, assim como os portadores de síndromes e/ou quadros clínicos de origem neurológica, psicológica ou psiquiátrica;
- II. o auxílio será cancelado nos seguintes casos:
  - a) por solicitação do próprio titular;
  - b) com a perda da condição de titular; ou
  - c) quando o menor dependente, com deficiência, completar 18 (dezoito) anos de idade.
- III. O valor do Auxílio será pago ao titular via depósito em conta corrente, mediante formalização de pedido à Unidade Administrativa da GEAP e apresentação de documentos comprobatórios. O pagamento estará condicionado às regras de utilização do programa e limitado a tabela própria da GEAP para subsídio dos auxílios.

§ 5º O Programa de Acesso a Bens e Serviços buscará facilitar aos beneficiários do plano GEAP Família 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 Unidade Administrativa da GEAP e sem que haja ônus à Fundação.

§ 6º O acesso aos programas, listados no caput desta Seção, estão sujeitos a critérios de elegibilidade técnica e disponibilidade do serviço no local da Federação onde o beneficiário se encontre no momento em que necessite do serviço ou procedimento.

## **CAPÍTULO II**

### **Das Exclusões de Cobertura**

Art. 27 Estão excluídos da cobertura do plano GEAP Família os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste regulamento e os provenientes dos seguintes casos:

- I. aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- II. aparelhos ortopédicos;
- III. aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;
- IV. áreas de atuação ou subespecialidades;
- V. asilamento de idosos;

- VI. assistência médica nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- VII. atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;
- VIII. avaliações pedagógicas;
- IX. clareamento dental;
- X. despesas extras quando da internação do beneficiário em acomodação superior a contratada;
- XI. despesas hospitalares extraordinárias tais como: telefonemas, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas e indenização por perda de objetos;
- XII. diárias hospitalares com a parturiente em condições de alta quando da manutenção da internação do recém-nascido patológico;
- XIII. documentação ortodôntica, exceto exames de imagens que constam no rol de cobertura;
- XIV. emissão de laudo, relatório, atestado ou qualquer outro tipo de documento para atividades físicas e banho de piscina;
- XV. emissão de laudo, relatório, atestado ou qualquer tipo de documento para comprovação de sanidade mental;
- XVI. enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- XVII. estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- XVIII. exames admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais;
- XIX. facetas diretas confeccionadas com qualquer outro material diferente de resina composta fotopolimerizável e facetas indiretas independente do material;
- XX. fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, exceto para aqueles utilizados para tratamentos oncológicos estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes à época;
- XXI. fornecimento de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) de caráter personalizado e/ou customizado, mesmo em procedimentos listados no rol da ANS;
- XXII. fornecimento de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) não ligados ao ato cirúrgico;
- XXIII. fornecimentos de medicamentos importados não nacionalizados;
- XXIV. fornecimentos de órteses e próteses importados não nacionalizados;
- XXV. implantes dentários ósseo integráveis e cirurgias relacionadas;
- XXVI. inseminação artificial;
- XXVII. procedimentos que objetivem investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- XXVIII. microscopia eletrônica para realização de tratamento endodôntico e demais tratamentos;
- XXIX. necropsias e medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- XXX. procedimentos que visem orientações vocacionais;
- XXXI. Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) - para utilização em consultório/ambulatório odontológico;
- XXXII. Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME), confeccionados sob medida e/ou customizados realizadas em cirurgia bucomaxilofacial;
- XXXIII. 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;
- XXXIV. procedimentos ambulatoriais solicitados no curso de exames pré-admissionais e demissionais;
- XXXV. procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da GEAP e sem atendimento às condições previstas neste Regulamento;
- XXXVI. procedimentos clínicos, cirúrgicos, órteses e próteses para fins estéticos;
- XXXVII. procedimentos não discriminados neste Regulamento, na data do evento;
- XXXVIII. procedimentos odontológicos solicitados por analogia;
- XXXIX. procedimentos odontológicos solicitados somente para fins estéticos;

- XL. procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;
- XLI. próteses e restaurações em porcelana;
- XLII. próteses sobre implantes;
- XLIII. próteses totais, próteses parciais removíveis (provisórias ou definitivas), próteses fixas de qualquer natureza (incluindo os pilares e pânticos e prótese parcial fixa provisória), coroa total em cerâmica, coroa total metalocerâmica e *inlays/onlays/overlay* e demais procedimentos protéticos não inclusos no Rol da ANS;
- XLIV. psicoterapia com objetivos profissionais;
- XLV. qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência;
- XLVI. remoção domiciliar;
- XLVII. sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio, ambulatorial em odontologia;
- XLVIII. sedação medicamentosa (oral, venosa e/ou inalatória) ambulatorial em odontologia, realizada por médico ou cirurgião dentista;
- XLIX. especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
  - L. tratamento ortodôntico e/ou de ortopedia facial;
  - LI. tratamento para fertilização in vitro;
  - LII. tratamento prescrito por profissional não habilitado;
  - LIII. tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais;
  - LIV. tratamentos de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
  - LV. tratamentos em clínicas de emagrecimento, tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos, casas sociais;
  - LVI. consultas domiciliares;
  - LVII. tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes; e
  - LVIII. tratamentos odontológicos utilizando serviços que não fazem parte do Rol de Procedimentos e das Diretrizes de Utilização (DUT) da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, bem como os procedimentos que não estão descritos neste regulamento.

### **CAPÍTULO III**

#### **Das Doenças e Lesões Preexistentes - DLP**

Art. 28 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 Família.

Art. 29 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 assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

Art. 30 Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou por meio 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. 31 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 por meio de exames médicos de avaliação exigidos pela GEAP para definição dos eventos que terão cobertura parcial temporária.

Art. 32 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](http://www.ans.gov.br), bem como está disponível para consulta e cópia nas dependências da GEAP.

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

Art. 34 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 por meio de Formulário de Comunicação ao Beneficiário e poderá oferecer a opção de cobertura parcial temporária ou solicitar abertura de processo administrativo na ANS, nos termos da Resolução Normativa Nº 558/2022 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. 35 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 na 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. 36 Os atendimentos ambulatoriais, hospitalares, obstétricos e odontológicos garantidos pelo plano GEAP Família 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. 37 O titular, seus dependentes e grupo familiar do plano GEAP Família 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. 38 Eventuais alterações da rede serão disponibilizadas no portal corporativo da GEAP, no site [www.geap.org.br](http://www.geap.org.br), que é de acesso irrestrito a todos os beneficiários do plano.

Art. 39 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 comparecendo à Unidade Administrativa da GEAP, ocasião em que será fornecido número de protocolo referente ao pedido, sendo que o prazo para a garantia de atendimento, definido pela Resolução Normativa Nº 566/2022, 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. 40 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;
  
- I. 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:
  - a) na inexistência de prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes;
  - b) 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
  
- II. 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, ou 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. 41 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. 42 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. 43 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. 44 O deslocamento só deverá ser assegurado e informado ao beneficiário, após a GEAP realizar a análise cadastral, marcação e prévia autorização do procedimento ao prestador.

Art. 45 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. 46 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.

Art. 47 Quando as despesas com o transporte forem custeadas pelo beneficiário, devido a indisponibilidade ou inexistência de prestador integrante ou não da rede assistencial. Deve ser realizado o reembolso de forma integral, nas situações que:

- I. tenha sido comprovado o contato prévio do beneficiário com a GEAP, em busca do atendimento e/ou de autorização para a realização do procedimento;
- II. em situação de urgência/emergência na indisponibilidade ou inexistência de prestador integrante ou não da rede assistencial, sem o contato prévio com a GEAP.

Art. 48 O reembolso referente ao meio de transporte utilizado deve ser solicitado mediante apresentação do formulário de requisição, nota fiscal original e/ou recibo que discrimine o ponto de origem e de destino.

Art. 49 O reembolso será efetuado pela GEAP em até 30 (trinta) dias corridos, a contar da entrega da documentação completa.

### **CAPÍTULO III**

#### **Das Garantias de Remoção**

Art. 50 O plano GEAP Família garantirá a cobertura de remoção do beneficiário, comprovadamente necessária, após cumprimento de carência, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, conforme Resolução Normativa Nº 490/2022, 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).

Parágrafo único. Os serviços prestados de remoção inter-hospitalar e extra-hospitalar serão isentos de coparticipação.

#### **CAPÍTULO IV**

##### **Da Concessão do Reembolso de Remoção**

Art. 51 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 credenciado, observada a área de abrangência geográfica e de atuação, do plano que ofereça o serviço, o reembolso será integral;
- II. de atendimento eletivo em que haja inexistência ou indisponibilidade de prestador credenciado na rede assistencial, que ofereça o serviço, observada a área de abrangência geográfica de atuação do plano e que a GEAP não consiga a disponibilização do serviço dentro dos prazos estabelecidos pela Resolução Normativa da ANS vigente na ocasião, o reembolso será integral; e
- III. utilização dos serviços credenciados, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, desde que a impossibilidade de utilização da rede credenciada seja comprovada.

§ 1º Os procedimentos que preveem a cobrança de coparticipação, estas serão lançadas juntamente com a mensalidade.

§ 2º Nas hipóteses previstas neste artigo, a escolha do meio de transporte, após a devida solicitação do beneficiário à GEAP, deverá ficar a critério desta operadora, que deverá garantir os cuidados relacionados à condição de saúde do beneficiário.

#### **CAPÍTULO V**

##### **Da Solicitação de Reembolso de Remoção**

Art. 52 Os beneficiários do plano poderão solicitar o reembolso da despesa de remoção em até 12 (doze) meses após a finalização do atendimento, mediante requerimento formal à GEAP e apresentação dos documentos originais.

- I. requisição de reembolso;
- II. relatório médico constando o quadro clínico do beneficiário e justificativa para a remoção;
- III. ficha de atendimento; e
- IV. nota fiscal original.

Art. 53 O reembolso deve ser efetuado pela GEAP em até 30 (trinta) dias corridos, a contar da entrega da documentação completa.

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

**CAPÍTULO I**  
**Das Carências**

Art. 54 Para que o beneficiário tenha direito às coberturas oferecidas pelo plano GEAP Família, 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: 270 (duzentos e setenta) dias, salvo nos casos de complicação no processo gestacional quando se observará o prazo da ANS;
- III. para as demais coberturas: 90 (noventa) dias; e
- IV. para rede acrescida, nos casos de migração de plano: 180 (cento e oitenta) dias para atendimento nos novos prestadores.

§ 1º A antecipação de contribuições mensais não abreviará os prazos de carências estipulados neste artigo.

§ 2º Ao beneficiário oriundo de outra operadora e em decorrência da expiração da cobertura assistencial por rescisão de convênio ou contrato coletivo deverá observar as regras de portabilidade de carência constantes neste Regulamento no Capítulo III deste Título.

§ 3º 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.

§ 4º É isento de carência o novo servidor ou empregado ocupante de cargo efetivo, e seus dependentes e grupo familiar, se a adesão ao plano de saúde ocorrer dentro de 60 (sessenta) dias do efetivo exercício.

§ 5º Ao beneficiário pertencente ao grupo familiar estará garantida a isenção do cumprimento dos períodos de carência, desde que oriundo do plano GEAP Família 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, deverá 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 a carência no plano de origem.

§ 6º Na migração de beneficiário para novo plano, quando for garantido o acesso a serviços de assistência à saúde não constantes do plano anterior, incluindo-se melhor padrão de acomodação em internações, será exigido novo período de carência apenas em relação a esses serviços de assistência à saúde acrescidos, ou apenas em relação ao melhor padrão de acomodação.

§ 7º Se o beneficiário do GEAP Família, utilizar os serviços da rede de saúde contratada da GEAP no período de carência, este será responsável por arcar com o ônus integral das despesas provenientes desses atendimentos.

§ 8º 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 nascimento ou adoção.

## **CAPÍTULO II**

### **Da Portabilidade de Carências**

Art. 55 Portabilidade de carências é o direito que o beneficiário tem de mudar de plano ou de operadora de plano de saúde, dispensado do cumprimento de períodos de carências relativos às coberturas já cumpridas no plano de origem, desde que, respeitado o tempo de permanência no plano de origem de no mínimo 2 (dois) anos para primeira portabilidade e para as portabilidades seguintes mínimo de 1 (um) ano, conforme disposto na Resolução Normativa/ANS Nº 438/2018, 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. 56 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 na operadora de origem;
- III. ter cumprido prazo de permanência, conforme previsto no artigo 46, deste Regulamento;
- IV. o plano de origem deve ser regulamentado ou adaptado na Lei Nº 9.656/1998;
- V. ter vínculo com a pessoa contratante para os casos de planos de contratação coletiva.

Art. 57 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. 58 Ao ingressar no plano da GEAP, o beneficiário que esteve vinculado ao plano de origem, tendo havido o cumprimento das carências do plano de origem, poderá exercer a portabilidade de carências, porém estará sujeito ao cumprimento das carências do plano de destino descontado do tempo em que permaneceu no plano de origem.

Art. 59 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 54 deste Regulamento.

Art. 60 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. 61 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. 62 Para realizar a portabilidade de carências, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- I. comprovantes de pagamento das 3 (três) últimas mensalidades vencidas, ou declaração da operadora do plano de origem ou da Pessoa Jurídica contratante, ou qualquer outro documento hábil à comprovação do adimplemento do beneficiário;
- II. proposta de adesão assinada, ou contrato assinado, ou declaração da operadora do plano de origem ou da Pessoa Jurídica contratante, ou comprovantes de pagamento das mensalidades do prazo de permanência exigido, ou qualquer outro documento hábil à comprovação do prazo de permanência;
- III. relatório de compatibilidade entre o plano da operadora de origem e da operadora de destino do beneficiário ou número de protocolo de consulta de compatibilidade de plano para portabilidade, ambos emitidos pelo Guia ANS de Planos de Saúde, ou ofício autorizativo emitido pela ANS, válido por 5 (cinco) dias a partir da emissão do número de protocolo; e
- IV. comprovação de vínculo com o órgão do plano de destino.

Art. 63 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. 64 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. 65 A portabilidade de carências será formalizada diretamente na Unidade Administrativa da GEAP ou na patrocinadora, estando a solicitação de portabilidade sujeita à análise no prazo de 10 (dez) dias.

Art. 66 Caso o beneficiário não atenda aos requisitos legais previstos nos artigos 55 e 67 deste Regulamento, a GEAP poderá recusar a solicitação de portabilidade de carências apresentando a devida justificativa.

## **Seção II**

### **Da Portabilidade Especial e Extraordinária**

Art. 67 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 beneficiários do grupo familiar, em caso de rescisão do contrato coletivo por parte da operadora ou da Pessoa Jurídica contratante.

Art. 68 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. 69 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:

- I. urgência por acidente pessoal: atendimento integral;
- II. urgência por outras causas, com carência para internação não cumprida: limitado às 12 (doze) primeiras horas;
- III. emergência com carência para internação não cumprida: atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas; e

- IV. caso de urgência por complicações na gravidez, quando a beneficiária ainda está com carência para internação 90 (noventa) 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. 70 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. 71 O custeio do plano GEAP Família 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 dos planos.

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

§ 3º Não poderá ser aprovado custeio cuja avaliação actuarial 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 Nº 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 Família.

Art. 72 O plano GEAP Família terá como fontes de custeio:

- I. a contribuição mensal calculada sobre o valor fixo por beneficiário, considerando a faixa etária, observando-se a Resolução publicada anualmente pelo Conselho de Administração – CONAD da GEAP, ou seu sucessor, que estabelece o custeio dos planos;
- II. coparticipações nos custos dos procedimentos realizados no atendimento ambulatorial, hospitalar e/ou odontológico do beneficiário familiar, na forma estabelecida no Anexo I deste Regulamento;
- III. outras receitas, dotações, doações e legados destinados ao plano GEAP Família; e
- IV. a variação da contribuição 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 Os recursos garantidores do plano GEAP Família 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.

§ 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 seu ao tratamento.

## **CAPÍTULO II**

### **Das Contribuições**

Art. 73 O beneficiário do grupo familiar será responsável pelo pagamento das contribuições mensais que estiver sob sua responsabilidade e que serão fixadas de acordo com a faixa etária do beneficiário.

§ 1º As receitas de contribuição do beneficiário pertencente ao grupo familiar, serão cobradas por meio de TCB, débito em conta corrente ou outro meio idôneo de cobrança, observado o disposto no convênio.

§ 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 2% (dois por cento) sobre o valor devido.

§ 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 a reativação ao plano contratado.

§ 6º Na hipótese da exclusão do beneficiário, a última contribuição/mensalidade será calculada *pro rata temporis* pelos dias de cobertura do mês da exclusão, conforme o caso.

§ 7º A contribuição/mensalidade e a coparticipação, caso haja, deverão ser liquidadas pelo titular, pelo beneficiário do grupo familiar maior de 18 (dezoito) anos, ou responsável financeiro até a data de vencimento, e a não realização destes pagamentos poderão acarretar a exclusão da inscrição prevista no inciso V do artigo 9º, bem como o registro do CPF do titular e/ou responsável financeiro nos órgãos de proteção ao crédito.

### **CAPÍTULO III**

#### **Das Coparticipações**

Art. 74 Para o grupo familiar as coparticipações nos custos dos procedimentos utilizados nos atendimentos ambulatorial, hospitalar e odontológico serão apuradas, mensalmente a partir de tabela específica tomando-se como base os procedimentos realizados, mensalmente, até o limite de 60% (sessenta por cento) do valor da contribuição, de acordo com os critérios estabelecidos neste Regulamento.

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

Art. 75 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 titular esteja vinculado.

Art. 76 As coparticipações oriundas da realização dos procedimentos ou eventos realizados pelos beneficiários terão como base a incidência dos valores estabelecidos no Convênio por Adesão ao qual são vinculados ou, na ausência de negociação específica, será aplicada a cobrança padrão estabelecida neste Regulamento (Anexo I).

### **TÍTULO VIII**

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

#### **CAPÍTULO I**

##### **Do Direito à solicitação de Reembolso**

Art. 77 Para ter direito ao reembolso, 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. 78 Nos casos dos beneficiários menores de 18 (dezoito) anos, estes serão representados pelo titular do plano, salvo hipótese de óbito do titular, quando poderão ser representados pelo responsável legal, mediante apresentação de documentação comprobatória para fins de solicitação de reembolso.

Art. 79 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.

Parágrafo único. A apresentação do alvará judicial deverá ser feita dentro prazo prescricional disposto no Código Civil.

Art. 80 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. 81 O reembolso poderá ser concedido ao executor das despesas, que não se enquadre na figura de representante legal, mediante a apresentação de procuração pública registrada em cartório e com poderes específicos, além de documento fiscal emitido em nome do executor das despesas que conste o nome do beneficiário que realizou os procedimentos.

## **CAPÍTULO II**

### **Da Concessão do Reembolso**

Art. 82 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;
- II. de atendimento eletivo em que haja inexistência ou indisponibilidade de prestador credenciado na rede assistencial, que ofereça o serviço ou procedimento, em conformidade com a cobertura do plano contratado, observada a área de abrangência geográfica e de atuação, bem como da rede específica do plano e que a GEAP não consiga a disponibilização do serviço dentro dos prazos estabelecidos pela Resolução Normativa da ANS vigente na ocasião do atendimento, comprovado, mediante apresentação do protocolo de atendimento emitido pela GEAP, o reembolso será integral; e
- III. de urgência/emergência quando não for possível a utilização dos serviços credenciados, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, desde que a impossibilidade de utilização da rede credenciada seja comprovada.

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

### CAPÍTULO III

#### Da Solicitação de Reembolso

Art. 83 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 descritos no anexo III.

Parágrafo único. Nos casos de direito a reembolso previsto neste regulamento, poderão requerê-lo:

- I. o beneficiário, se maior de 18 (dezoito) anos;
- II. o representante do espólio ou a quem o juiz determinar, mediante a apresentação da competente documentação comprobatória;
- III. o responsável legal do dos beneficiários menores de 18 (dezoito) anos, mediante documentação comprobatória;
- IV. o procurador do beneficiário que detenha procuração pública com poderes específicos, desde que a Procuração esteja dentro do prazo de validade ou tenha sido emitida em até 12 (doze) meses ou mediante a apresentação de Certidão de Atualização da Procuração;
- V. o executor da despesa que não seja o beneficiário, desde que apresente documento fiscal emitido em seu nome e conste, no corpo da nota fiscal, o nome do beneficiário que realizou o procedimento.

Art. 84 Para solicitação de reembolso será necessária a apresentação de formulário de Requerimento de Reembolso - RR, disponível no sítio eletrônico da GEAP (<http://www.geap.org.br>), devidamente preenchido, juntamente com a documentação original do atendimento, constante nos Anexos III e IV.

Art. 85 A GEAP dispõe dos canais para solicitação de reembolso médico e odontológico, quais sejam: atendimento presencial, Correios e Ferramenta WEB. As solicitações serão analisadas e concluídas no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data de apresentação da documentação completa.

§ 1º Nas situações em que o solicitante apresentar documentação incompleta, será apresentada notificação, juntamente com o número de protocolo de atendimento, contendo a justificativa da impossibilidade da abertura do processo de reembolso, bem como a lista dos documentos pendentes.

§ 2º Observações Gerais: todas as notas fiscais deverão 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. 86 Nos casos em que o solicitante 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 e telefone para contato e dados bancários da conta a ser creditado o reembolso, caso se trate do próprio beneficiário.

Art. 87 Após o processamento das guias específicas para reembolso, o pagamento dos valores devidos 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 o reembolso. 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.

Parágrafo único. Nos casos de beneficiários menores de 18 anos o ressarcimento se dará na conta do representante legal ou por seus tutores, mediante apresentação de documentação comprobatória.

Art. 88 Nos casos de indeferimento do pedido de reembolso, o beneficiário poderá reapresentar a solicitação com pedido de reanálise, no prazo de 30 dias, contados da data do envio da mensagem eletrônica de negativa.

Art. 89 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 número de protocolo.

Art. 90 A partir da finalização do registro, todo o acompanhamento do reembolso se dará por meio do número de protocolo emitido pela GEAP, ou pelo CPF do beneficiário, por meio do sítio eletrônico da GEAP (<http://www.geap.org.br>) ou pela Central Nacional de Teletendimento da GEAP.

#### **CAPÍTULO IV** **Da Coparticipação do Reembolso**

Art. 91 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, observadas as mesmas regras de cobrança de coparticipação previstas neste Regulamento, Anexo I.

#### **TÍTULO IX** **CAPÍTULO ÚNICO** **Do Mecanismo de Regulação**

Art. 92 A GEAP adotará, como mecanismos de regulação para o plano GEAP Família, 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 e/ou odontológico) 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 e demais procedimentos que necessitem, impreterivelmente, de autorização prévia pela GEAP, seguirão os prazos e critérios da Resolução Normativa Nº 566/2022, da ANS, ou da norma que eventualmente a substitua.

§ 5º A avaliação da autorização dos procedimentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) 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 – Resolução Normativa Nº 424/2017 da ANS, ou outra que venha a substituí-la.

§ 8º Nos casos de atendimento caracterizado como urgência/emergência, o beneficiário deverá ser atendido independentemente de autorização prévia da GEAP, cabendo ao prestador de serviços providenciar na 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 na GEAP a regularização de 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 20, 21 e 22 deste Regulamento.

§ 12 Poderá ser instaurado o processo de junta médica ou odontológica para dirimir divergência técnico-assistencial sobre o procedimento ou evento em saúde a ser coberto pela operadora.

**TÍTULO X**  
**CAPÍTULO ÚNICO**  
**Das Disposições Finais**

Art. 93 O plano GEAP Família é um plano com recursos próprios, sendo suas receitas e despesas registradas em conta específica.

Art. 94 Em caso de extinção do plano GEAP Família, depois de liquidados os seus compromissos, o Conselho de Administração – CONAD da GEAP, ou seu sucessor, definirá a destinação do eventual recurso remanescente.

Art. 95 Serão descontadas integralmente do beneficiário do grupo familiar, as despesas que, sob sua responsabilidade, caracterizarem uso indevido do plano GEAP Família, independentemente das sanções cíveis e penais cabíveis e de outras medidas previstas neste Regulamento.

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

- I. a utilização fraudulenta de documentos e formulários do plano GEAP Família;
- II. a utilização do Cartão de Identificação do Beneficiário - CIB, por beneficiários cancelados e/ou por terceiros;
- III. fornecimento de login e senha para solicitação de reembolso; e
- IV. solicitação reembolso sem o devido pagamento dos serviços realizados.

Art. 96 Ressalvados os casos de cobrança indevida, não serão restituídas contribuições ou demais pagamentos realizados em nome dos beneficiários para o plano GEAP Família.

Art. 97 Os Termos de Adesão, de Reativação e de Migração estão disponíveis a todos os beneficiários no site da GEAP na internet [www.geap.org.br](http://www.geap.org.br), pela Central Nacional de Teleatendimento da GEAP ou, ainda, nas Unidades Administrativas das GEAP.

Art. 98 Os casos omissos e não previstos neste Regulamento serão deliberados pelo Conselho de Administração – CONAD da GEAP ou seu sucessor.

Art. 99 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 Odontológica:**

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

**III. Programa de Assistência Hospitalar:**

Grupo	Coparticipação	Limite
Internação Enfermaria ou UTI	R\$ 200,00	Por internação (evento)
Internação Apartamento ou UTI	R\$ 400,00	Por internação (evento)

**IV. Psiquiatria:**

Grupo	Coparticipação	Limite (por evento)
Internação psiquiátrica por transtorno psicológico	30%	Cobrada a partir do 31º dia de internação
Internação psiquiátrica por intoxicação, abstinência alcoólica e/ou dependência química	30%	Cobrada a partir do 31º dia de internação

**V. Classificação dos procedimentos:**

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

**VI. Vigência:**

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

**ANEXO II**  
**DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO/REATIVAÇÃO NO PLANO**

GRUPO FAMILIAR	DOCUMENTOS
Enteado(a) do(a) Titular	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulário de Adesão ou Reativação ao plano;</li> <li>• cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente ou cópia da Certidão de Nascimento);</li> <li>• cópia do CPF;</li> <li>• comprovante de residência com CEP válido;</li> <li>• cópia da Identidade do(a) Titular; e</li> <li>• cópia da Certidão de Casamento ou Comprovação de Companheirismo do(a) genitor(a) do enteado(a) com o Titular (**).</li> </ul>
Cônjuge ou Companheiro(a) do(a) Filho(a) do(a) Titular	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulário de Adesão ou Reativação ao plano;</li> <li>• cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente ou cópia da Certidão de Nascimento);</li> <li>• cópia do CPF;</li> <li>• cópia da Identidade do(a) Titular;</li> <li>• comprovante de residência com CEP válido; e</li> <li>• cópia da Certidão de Casamento ou Comprovação de Companheirismo com o(a) Filho(a) do(a) Titular (**).</li> </ul>
Cônjuge ou Companheiro(a) do(a) Enteado(a) do(a) Titular *	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulário de Adesão ou Reativação ao plano;</li> <li>• cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente ou cópia da Certidão de Nascimento);</li> <li>• cópia do CPF;</li> <li>• cópia da Identidade do(a) Titular;</li> <li>• comprovante de residência com CEP válido;</li> <li>• cópia da Certidão de Casamento ou Comprovação de Companheirismo do(a) genitor(a) do enteado(a) com o Titular (**); e</li> <li>• cópia da Certidão de Casamento ou Comprovação de Companheirismo com Enteado(a) do(a) Titular (**).</li> </ul>
Neto(a) do(a) Titular	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulário de Adesão ou Reativação ao plano;</li> <li>• cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente ou cópia da Certidão de Nascimento);</li> <li>• 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);</li> <li>• cópia do CPF;</li> <li>• cópia da Identidade do(a) Titular; e</li> <li>• comprovante de residência com CEP válido.</li> </ul>
Enteado(a) do filho(a) do(a) Titular *	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulário de Adesão ou Reativação ao plano;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente ou cópia da Certidão de Nascimento);</li> <li>• cópia do CPF;</li> <li>• cópia da Identidade do(a) Titular;</li> <li>• comprovante de residência com CEP válido;</li> <li>• cópia da Certidão de Casamento ou Comprovação de Companheirismo do(a) genitor(a) do enteado(a) com o(a) Filho(a) do(a) Titular (**); e</li> <li>• cópia da Identidade do(a) Titular.</li> </ul>
Enteado(a) do(a) Titular *	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulário de Adesão ou Reativação ao plano;</li> <li>• cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente ou cópia da Certidão de Nascimento);</li> <li>• cópia do CPF;</li> <li>• cópia da Identidade do(a) Titular;</li> <li>• cópia da Certidão de Casamento ou Comprovação de Companheirismo do(a) genitor(a) do enteado(a) com o(a) Titular (**); e</li> <li>• comprovante de residência com CEP válido.</li> </ul>
Irmão(ã) do(a) Titular	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulário de Adesão ou Reativação ao plano;</li> <li>• cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente ou cópia da Certidão de Nascimento), constando o nome de pelo menos um dos genitores do(a) Titular;</li> <li>• cópia do CPF;</li> <li>• cópia da Identidade do(a) Titular; e</li> <li>• comprovante de residência com CEP válido.</li> </ul>
Cunhado(a)do(a) Titular *	<p><b><u>Cônjuge ou Companheiro(a) do Irmão(ã) do(a) Titular:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulário de Adesão ou Reativação ao plano;</li> <li>• cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente ou cópia da Certidão de Nascimento);</li> <li>• cópia do CPF;</li> <li>• cópia da Certidão de Casamento ou Comprovação de Companheirismo do(a) cônjuge ou companheiro(a) com o(a) Irmão(ã) do(a) Titular (**);</li> <li>• cópia da Identidade do(a) Titular; e</li> <li>• comprovante de residência com CEP válido.</li> </ul> <p><b><u>Irmão (ã) do Cônjuge ou Companheiro(a) do(a) Titular:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulário de Adesão ou Reativação ao plano;</li> <li>• cópia da Certidão de Casamento ou Comprovação de Companheirismo do(a) Titular (**);</li> <li>• cópia de documento de identificação (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente ou cópia da Certidão de Nascimento), do(a) Cônjuge ou Companheiro(a) do(a) Titular</li> </ul>

	<p>e do seu Irmão(ã), constando o nome de pelo menos um de seus genitores;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cópia do CPF;</li> <li>• cópia da Identidade do(a) Titular; e</li> <li>• comprovante de residência com CEP válido.</li> </ul>
Sobrinho(a) do(a) Titular *	<p style="text-align: center;"><b><u>Por consanguinidade</u></b></p> <p>Filho(a) do Irmão(ã) do(a) Titular:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulário de Adesão ou Reativação ao plano;</li> <li>• cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente ou cópia da Certidão de Nascimento);</li> <li>• cópia do CPF;</li> <li>• cópia da Identidade (RG, Carteira de Habilitação ou equivalente) do(a) Irmão(ã) do(a) Titular constando o nome de pelo menos um dos genitores do(a) Titular;</li> <li>• cópia da Identidade do(a) Titular; e</li> <li>• comprovante de residência com CEP válido.</li> </ul>
Pai do(a) Titular	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulário de Adesão ou Reativação ao plano;</li> <li>• cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente ou cópia da Certidão de Nascimento);</li> <li>• cópia do CPF;</li> <li>• cópia da Identidade do(a) Titular constando o nome de seus genitores;</li> <li>• comprovação de Dependência Econômica (**); e</li> <li>• comprovante de residência com CEP válido.</li> </ul>
Padrasto do(a) Titular	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulário de Adesão ou Reativação ao plano;</li> <li>• cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente ou cópia da Certidão de Nascimento);</li> <li>• cópia do CPF;</li> <li>• cópia da Identidade do(a) Titular constando o nome de seus genitores;</li> <li>• cópia Certidão de Casamento ou Comprovação de Companheirismo da genitora com o Padrasto do(a) Titular;</li> <li>• comprovação de Dependência Econômica (**); e</li> <li>• comprovante de residência com CEP válido.</li> </ul>
Mãe do(a) Titular	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulário de Adesão ou Reativação ao plano;</li> <li>• cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente ou cópia da Certidão de Nascimento);</li> <li>• cópia do CPF;</li> <li>• cópia da Identidade do(a) Titular constando o nome de seus genitores;</li> <li>• comprovação de Dependência Econômica (**); e</li> <li>• comprovante de residência com CEP válido.</li> </ul>

Madrasta do(a) Titular	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulário de Adesão ou Reativação ao plano;</li> <li>• cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente ou cópia da Certidão de Nascimento);</li> <li>• cópia do CPF;</li> <li>• cópia da Identidade do(a) Titular constando o nome de seus genitores;</li> <li>• cópia Certidão de Casamento ou Comprovação de Companheirismo do genitor com a Madrasta do(a) Titular;</li> <li>• comprovação de Dependência Econômica (**); e</li> <li>• comprovante de residência com CEP válido.</li> </ul>
Sogro e sogra do(a) Titular*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulário de Adesão ou Reativação ao plano;</li> <li>• cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente ou cópia da Certidão de Nascimento);</li> <li>• cópia do CPF;</li> <li>• cópia da Identidade do(a) Titular;</li> <li>• cópia da Certidão de Casamento ou Comprovação de Companheirismo do(a) Titular, se companheiro(a) deverá ser apresentado cópia da Identidade deste(a) (**);</li> <li>• 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 (**); e</li> <li>• comprovante de residência com CEP válido.</li> </ul>
Tio e Tia do(a)Titular *	<p style="text-align: center;"><b><u>Por consanguinidade</u></b></p> <p>Irmão(ã) do(a) pai ou da mãe do(a) Titular:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulário de Adesão ou Reativação ao plano;</li> <li>• cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente ou cópia da Certidão de Nascimento);</li> <li>• cópia do CPF;</li> <li>• 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;</li> <li>• cópia da Identidade do(a) Titular; e</li> <li>• comprovante de residência com CEP válido.</li> </ul>
Bisneto(a)do(a) Titular *	<p style="text-align: center;"><b><u>Por consanguinidade</u></b></p> <p>Filho(a) do(a) neto(a) do(a) Titular:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulário de Adesão ou Reativação ao plano;</li> <li>• cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente ou cópia da Certidão de Nascimento);</li> <li>• cópia do CPF;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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);</li> <li>• cópia da Identidade do(a) Filho(a) do(a) Titular, genitor(a) do(a) Neto(a);</li> <li>• cópia da identidade do (a) Titular; e</li> <li>• comprovante de residência com CEP válido.</li> </ul>
<p>Criança ou Adolescente sob guarda ou tutela do(a) Titular *</p>	<p style="text-align: center;"><b><u>Vinculado ao Titular:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulário de Adesão ou Reativação ao plano;</li> <li>• cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente ou cópia da Certidão de Nascimento);</li> <li>• cópia do CPF;</li> <li>• cópia da Identidade do(a) Titular;</li> <li>• Termo de Guarda, definitivo ou provisório, Tutela ou sentença judicial proferidas por Juiz competente, vinculando a Guarda/Tutela da Criança ou Adolescente ao Titular; e</li> <li>• comprovante de residência com CEP válido.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b><u>Vinculado ao Cônjuge ou Companheiro(a):</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulário de Adesão ou Reativação ao plano;</li> <li>• cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente ou cópia da Certidão de Nascimento);</li> <li>• cópia do CPF;</li> <li>• cópia da Identidade do(a) Titular;</li> <li>• 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; e</li> <li>• comprovante de residência com CEP válido.</li> </ul>
<p>Primo(a) do(a) Titular *</p>	<p style="text-align: center;"><b><u>Por consanguinidade</u></b></p> <p>Filho(a) do(a) irmão(ã) do(a) pai ou da mãe do(a) Titular:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulário de Adesão ou Reativação ao plano;</li> <li>• cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente ou cópia da Certidão de Nascimento);</li> <li>• cópia do CPF;</li> <li>• cópia da Identidade do(a) Titular; Cópia da identidade do (a) titular que consta o nome dos genitores;</li> <li>• cópia da Identidade do Tio(a) do(a) Titular;</li> <li>• 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</li> <li>• comprovante de residência com CEP válido.</li> </ul>

<p>Sobrinho(a) Neto(a) do(a) Titular *</p>	<p style="text-align: center;"><b><u>Por consanguinidade</u></b></p> <p>Neto(a) do(a) Irmão(ã) do(a) Titular:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulário de Adesão ou Reativação ao plano;</li> <li>• cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente ou cópia da Certidão de Nascimento);</li> <li>• cópia do CPF;</li> <li>• cópia da Identidade do(a) Titular; Cópia da identidade do (a) titular que consta o nome dos genitores;</li> <li>• cópia da Identidade do Irmão(ã) do(a) Titular;</li> <li>• cópia da Identidade do Filho(a) do(a) Irmão(ã) do(a) Titular; e</li> <li>• comprovante de residência com CEP válido;</li> </ul>
<p>Trineto (a) do (a) Titular *</p>	<p style="text-align: center;"><b><u>Por consanguinidade</u></b></p> <p>Filho (a) do (a) bisneto (a) do (a) titular:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulário de Adesão ou Reativação ao plano;</li> <li>• cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente ou cópia da Certidão de Nascimento);</li> <li>• cópia do CPF;</li> <li>• 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);</li> <li>• cópia da identidade do (a) titular;</li> <li>• cópia da Identidade do (a) Filho (a) do (a) titular, genitor (a) do Neto (a);</li> <li>• cópia da identidade do (a) Neto (a) do (a) titular, genitor (a) do bisneto (a) (****); e</li> <li>• comprovante de residência com CEP válido.</li> </ul>
<p>Avô ou Avó do (a) Titular*</p>	<p style="text-align: center;"><b><u>Por consanguinidade</u></b></p> <p>Avô ou avó do (a) titular:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulário de Adesão ou Reativação ao plano;</li> <li>• cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente ou cópia da Certidão de Nascimento);</li> <li>• cópia do CPF;</li> <li>• cópia da identidade do (a) titular que consta o nome dos genitores;</li> <li>• cópia da identidade do (a) genitor (a) do (a) titular que conste os nomes do Avô ou da Avó (****); e</li> <li>• comprovante de residência com CEP válido.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b><u>Por afinidade:</u></b></p> <p>Avô ou avó do (a) Cônjuge/Companheiro (a) do (a) titular:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulário de Adesão ou Reativação ao plano;</li> <li>• cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente ou cópia da Certidão de Nascimento);</li> <li>• cópia do CPF;</li> <li>• cópia da Identidade do(a) Titular;</li> <li>• cópia da Certidão de Casamento ou Comprovação de Companheirismo do (a) titular (**);</li> <li>• cópia de documento oficial do Pai ou da Mãe do (a) Cônjuge ou Companheiro (a) do (a) titular, onde conste seus genitores (***); e</li> <li>• comprovante de residência com CEP válido.</li> </ul>
Bisavô ou Bisavó do (a) Titular*	<p style="text-align: center;"><b><u>Por consanguinidade</u></b></p> <p>Bisavô ou Bisavó do (a) titular:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulário de Adesão ou Reativação ao plano;</li> <li>• cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente ou cópia da Certidão de Nascimento);</li> <li>• cópia do CPF;</li> <li>• cópia da identidade do (a) titular que consta o nome dos genitores;</li> <li>• cópia da identidade do (a) genitor (a) do (a) titular que conste o nome do Avô ou da Avó;</li> <li>• cópia da identidade do Avô ou da Avó do (a) titular que conste o nome do Bisavô ou da Bisavó (***); e</li> <li>• comprovante de residência com CEP válido.</li> </ul>
Trisavô ou Trisavó do (a) Titular*	<p style="text-align: center;"><b><u>Por consanguinidade</u></b></p> <p>Trisavô ou Trisavó do (a) titular:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulário de Adesão ou Reativação ao plano;</li> <li>• cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente ou cópia da Certidão de Nascimento);</li> <li>• cópia do CPF;</li> <li>• cópia da identidade do (a) titular que consta o nome dos genitores;</li> <li>• cópia da identidade do (a) genitor (a) do (a) titular que conste o nome do Avô ou da Avó;</li> <li>• cópia da identidade do Avô ou da Avó do (a) titular que conste o nome do Bisavô ou da Bisavó (***);</li> <li>• cópia da identidade do Bisavô ou da Bisavó do (a) titular que conste o nome do Trisavô ou da Trisavó (***); e</li> <li>• comprovante de residência com CEP válido.</li> </ul>
Tio-Avô ou Tia-Avó do (a) Titular*	<p style="text-align: center;"><b><u>Por consanguinidade</u></b></p> <p>Tio-Avô ou Tia-Avó do (a) titular:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulário de Adesão ou Reativação ao plano;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• cópia de documento de identificação do pretense beneficiário (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente ou cópia da Certidão de Nascimento);</li> <li>• cópia do CPF;</li> <li>• cópia da identidade do (a) titular que consta o nome dos genitores;</li> <li>• cópia da identidade do (a) genitor (a) do (a) titular que conste os nomes do Avô ou da Avó;</li> <li>• cópia da identidade do Avô ou da Avó do (a) titular; e</li> <li>• comprovante de residência com CEP válido.</li> </ul>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

\* Na inscrição/reactivação de beneficiário integrante do grupo familiar, bem como do pensionista e do titular autopatrocinado (que perdeu o vínculo com a patrocinadora), 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 (existência de União Estável) deverá consultar a unidade de Recursos Humanos da Conveniada.

\*\*\* Comprovação de dependência econômica:

1. A comprovação de dependência econômica far-se-á, para qualquer dos beneficiários para a qual é exigido este requisito, por meio da Declaração Anual de Imposto de Renda do titular, em que conste, nominalmente, o interessado como seu dependente econômico, acompanhada do respectivo recibo de entrega ao órgão oficial recebedor ou, caso esteja o titular isento de entregar a declaração anual, para a comprovação deverá consultar a unidade Recursos Humanos da patrocinadora/conveniada.
2. Para filhos(as) entre 21 e 24 anos estudantes, será aceito também a Declaração de Imposto de Renda do(a) cônjuge/companheiro(a) do titular. O mesmo se aplica aos enteados(as) desde que o(a) cônjuge/companheiro(a) esteja inscrito(a) no plano.
3. Quando se tratar de beneficiário que passa a ser dependente econômico do titular durante o ano em exercício, a comprovação poderá ser feita por meio de outras formas de provar a dependência econômica. (Consultar a unidade de Recursos Humanos da patrocinadora/conveniada).

\*\*\*\* Comprovação de parentesco: na ausência dos documentos elencados no rol, poderá(ão) 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
<b>CONSULTAS MÉDICAS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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); contendo a descrição do atendimento, a especialidade, o registro no respectivo Conselho de Classe, CPF, carimbo e assinatura do prestador, valor pago total, valores unitários (numérico e extenso), data e local de atendimento.</li><li>• 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 (nos casos de nota fiscal convencional), local de atendimento, valor pago e valores unitários.</li><li>• Nos casos de consulta de urgência, deverá ser apresentado relatório médico com a justificativa da urgência, contendo o nome do paciente, data, carimbo, Conselho de Classe e assinatura do profissional assistente.</li><li>• Para os prestadores Pessoa Jurídica é obrigatória a emissão de nota fiscal (convencional ou eletrônica).</li><li>• Em caso de necessidade de informações complementares, poderá ser solicitado novas documentações.</li></ul>
<b>CONSULTA NUTRIÇÃO, FONOAUDIOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL, PSICOLOGIA, FISIOTERAPIA.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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); contendo a descrição do atendimento, a especialidade, o registro no respectivo Conselho de Classe, CPF, carimbo e assinatura do prestador, valor pago total, valores unitários (numérico e extenso), data e local de atendimento.</li><li>• 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 (nos casos de nota fiscal convencional), local de atendimento, valor pago e valores unitários.</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encaminhamento do médico assistente, carimbado, assinado para realização de avaliação por profissionais multidisciplinares, contendo a indicação clínica.</li> <li>• Para os prestadores Pessoa Jurídica é obrigatória a emissão de nota fiscal (convencional ou eletrônica).</li> <li>• Em caso de necessidade de informações complementares, poderão ser solicitadas novas documentações.</li> </ul>
<p align="center"><b>SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA SADT</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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).</li> <li>• O recibo deverá conter a discriminação de cada serviço realizado, quantidade, valores unitários, local e data de atendimento.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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).</li> <li>• A nota fiscal deverá conter a discriminação de cada serviço realizado, quantidade, valores unitário, local e data de atendimento.</li> <li>• 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, local, data e a assinatura.</li> <li>• O pedido medico 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, local e data de atendimento.</li> <li>• Para os prestadores Pessoa Jurídica é obrigatória a emissão de nota fiscal (convencional ou eletrônica).</li> <li>• Em caso de necessidade de informações complementares, poderá ser solicitado novas documentações.</li> </ul>
<p align="center"><b>SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO COM DESPESAS HOSPITALARES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> </ul>

	<p>atendimento. Deve constar a especialidade, o registro no respectivo Conselho de Classe, CPF/CNPJ, carimbo e assinatura do prestador.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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, local e data de atendimento e realização e se for o caso discriminação do período de internação devidamente liquidada; conter o CNPJ, data e a assinatura.</li> <li>• 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 discriminado, local e data de atendimento e realização e se for o caso discriminação do período de internação.</li> <li>• Pedido do profissional médico datado, com a justificativa da necessidade da realização do(s) procedimento(s), exames e/ou terapias, a hipótese diagnóstica e o plano de tratamento, quando for o caso.</li> <li>• 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.</li> <li>• Para os prestadores Pessoa Jurídica é obrigatória a emissão de nota fiscal (convencional ou eletrônica).</li> <li>• Em caso de necessidade de informações complementares, poderá ser solicitado novas documentações.</li> </ul>
<p><b>SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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 envolvia no procedimento discriminada, data de atendimento e realização e se for o caso discriminação do período de internação.</li> <li>• 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.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• Em caso de solicitação de reembolso de Parto Cesáreo, enviar Partograma ou relatório médico acompanhado do “Termo de Consentimento Livre”, assinado pela beneficiária conforme regras da Resolução Normativa Nº 368/2015 da ANS, ou outra que vier a substituí-la.</li> <li>• Para os prestadores Pessoa Jurídica é obrigatória a emissão de nota fiscal (convencional ou eletrônica).</li> </ul>
<p><b>TRATAMENTOS SERIADOS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O recibo deverá conter: nome do paciente, descrição da terapia, número de sessões e suas datas, valor pago, valor unitário, nome do profissional, número de inscrição no respectivo Conselho Regional (CREFITO-F, CRFA, CRP, CRM, CREFITO-TO), CPF, assinatura, local e data do atendimento e carimbo do profissional.</li> <li>• 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, data e local de atendimento.</li> <li>• Pedido do médico 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, local e data de realização).</li> <li>• A fisioterapia, psicoterapia, terapia ocupacional, diárias, taxas, gasoterapia, materiais, medicamentos, exames e demais serviços prestados.</li> <li>• Para os prestadores Pessoa Jurídica é obrigatória a emissão de nota fiscal (convencional ou eletrônica).</li> <li>• Em caso de necessidade de informações complementares, poderá ser solicitado novas documentações.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimento(s), exame e/ou terapias a hipótese diagnóstica e o plano de tratamento, quando for o caso.</li> </ul>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**ANEXO IV**  
**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAR REEMBOLSO DE DESPESAS ODONTOLÓGICAS**

REEMBOLSO	DOCUMENTAÇÃO
<b>CONSULTAS MÉDICAS</b>	<p style="text-align: center;"><b><u>Consulta Eletiva</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibo ou Nota Fiscal (convencional ou eletrônica). <ul style="list-style-type: none"> <li>○ O recibo deverá conter: nome do paciente; discriminação do atendimento; valor detalhado de cada procedimento; data e local do atendimento; especialidade; carimbo, assinatura do profissional, registro no Conselho de Classe e CPF.</li> <li>○ A nota fiscal deverá conter: nome do paciente; discriminação do atendimento; valor do procedimento; data e local do atendimento; especialidade; nota devidamente liquidada contendo o CNPJ.</li> </ul> </li> </ul> <p style="text-align: center;"><b><u>Consulta Urgência:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibo ou Nota Fiscal (convencional ou eletrônica): <ul style="list-style-type: none"> <li>○ O recibo deverá conter: nome do paciente; discriminação do atendimento; valor do procedimento; data e local do atendimento; especialidade; carimbo, assinatura do profissional, registro no Conselho de Classe e CPF.</li> <li>○ A nota fiscal deverá conter: nome do paciente; discriminação do atendimento; valor detalhado de do procedimento realizado; data e local do atendimento; especialidade; nota devidamente liquidada contendo o CNPJ.</li> </ul> </li> <li>• Relatório do profissional: deverá conter a justificativa para o atendimento de urgência, identificação do beneficiário, justificativa da necessidade da realização do(s) procedimento(s), valores unitários dos procedimentos, informação da região/dentes, assinatura do profissional assistente, data e local de atendimento, carimbo e CRO.</li> </ul>

	<p><b>OBSERVAÇÕES:</b> 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.</p>
<p><b>EXAMES/SADT ODONTOLÓGICOS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O recibo deverá conter: nome do paciente; discriminação do atendimento; valor do procedimento; data e local do atendimento; carimbo, assinatura do profissional, registro no conselho de classe e CPF.</li> <li>• A nota fiscal deverá conter: nome do paciente; discriminação do atendimento; valor do procedimento; data e local do atendimento; nota devidamente liquidada contendo o CNPJ.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b><u>Radiografias e tomografias:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Requisição do profissional assistente, com a identificação do beneficiário, justificativa da necessidade da realização do(s) procedimento(s), a hipótese diagnóstica, valores unitários dos procedimentos, informação da região/dentes, assinatura do profissional assistente, data, carimbo e CRO.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b><u>Laserterapia:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relatório dos profissionais assistentes (médico e odontológico), com a identificação do beneficiário, justificativa da necessidade da realização do(s) procedimento(s), quantidade de sessões, diagnóstico, assinatura dos profissionais, data, carimbo e CRO/CRM.</li> </ul> <p><b>OBSERVAÇÕES:</b> 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.</p>
<p><b>PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibo ou Nota Fiscal (convencional ou eletrônica): <ul style="list-style-type: none"> <li>○ O recibo deverá conter: nome do paciente; discriminação do atendimento; valor detalhado de cada do procedimento realizado; data e local do atendimento; especialidade; carimbo,</li> </ul> </li> </ul>

	<p>assinatura do profissional, registro no conselho de classe e CPF.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ A nota fiscal deverá conter: nome do paciente; discriminação do atendimento valor do procedimento; data do atendimento; nota devidamente liquidada contendo o CNPJ.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b><u>Procedimentos Odontológicos:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Relatório do profissional assistente contendo a identificação do beneficiário, o plano de tratamento com a descrição detalhada, de cada procedimento realizado, valor unitário de cada procedimento, indicação/justificativa, região (dente, face/segmento/arcada/hemiarco), data da realização, assinatura do dentista assistente e carimbo com o conselho de classe.</li> </ul> <p>Exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Restaurações: para o procedimento de restaurações devem constar a indicação/justificativa, descrição, quantidade, material da restauração, dentes e faces;</li> <li>● Próteses Unitárias: para o procedimento de próteses unitárias devem constar a descrição, indicação/justificativa, quantidade, material da prótese e dentes;</li> <li>● Profilaxia (Limpeza): para o procedimento de profilaxia devem constar a descrição do procedimento e os hemiarcos (HASD, HAID, HASE, HAIE);</li> <li>● Raspagem supragengival: para o procedimento de raspagem supra devem constar a descrição e os segmentos (S1, S2, S3, S4, S5 e S6);</li> <li>● Raspagem subgengival: para o procedimento de raspagem sub devem constar a descrição, indicação/justificativa, segmentos (S1, S2, S3, S4, S5 e S6); periograma e exame de Imagem de diagnóstico.</li> <li>● Conserto de Prótese: para o procedimento de conserto de prótese deve constar a descrição, indicação/justificativa, quantidade e arcada (AS/AI);</li> <li>● Biópsias: para o procedimento de Biopsia é imprescindível o envio da solicitação do dentista assistente com a identificação do beneficiário, indicação/justificativa, região,</li> </ul>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>data, carimbo, conselho de classe e assinatura do dentista e laudo histopatológico.</p> <p><b><u>Procedimentos que necessitam do envio de exames de imagem inicial e final</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exames de imagem que auxiliaram o profissional assistente no diagnóstico e acompanhamento do tratamento, com data e identificação do beneficiário, exemplos: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tratamentos Endodônticos.</li> <li>○ Cirurgias (com exceção das cirurgias realizadas em tecidos moles).</li> <li>○ Próteses unitárias de cobertura: restauração metálica fundida (bloco metálico), coroa total metálica e em cerômero e coroas provisórias.</li> <li>○ Núcleos e pinos intra-radiculares.</li> </ul> </li> </ul> <p><b><u>OBSERVAÇÕES:</u></b></p> <p>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.</p> <p>Para os demais procedimentos de cobertura, que não foram citados, serão solicitadas as documentações necessárias para cada caso.</p>
<p><b>INTERNAÇÃO ODONTOLÓGICA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibo ou Nota Fiscal (convencional ou eletrônica): <ul style="list-style-type: none"> <li>○ O recibo deverá conter: nome do paciente; discriminação do atendimento; valor do procedimento; data do atendimento; especialidade; carimbo, assinatura do profissional, registro no conselho de classe e CPF.</li> <li>○ A nota fiscal deverá conter: nome do paciente; discriminação do atendimento; valor do procedimento, data do atendimento, especialidade, nota devidamente liquidada contendo o CNPJ.</li> </ul> </li> <li>• Conta hospitalar com discriminação de cada item com valores unitários que a compõe: diárias, taxas, gasoterapia, materiais, medicamentos, exames de imagem e demais serviços prestados.</li> <li>• Em caso de utilização de Órtese, Próteses e ou Materiais Especiais (OPME) deve ser apresentada nota fiscal (convencional ou eletrônica) do material utilizado contendo nome do fornecedor/distribuidor/fabricante, CNPJ do emitente, data de emissão, nome do</li> </ul>

	<p>paciente, valor pago, descrição do material, informando marca, modelo, fabricante e registro ANVISA.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cópia do relatório cirúrgico detalhado, a identificação do beneficiário, com o diagnóstico, descrição dos procedimentos e materiais utilizados com as justificativas, data, carimbo e assinatura do dentista assistente e conselho de classe, boletim anestésico e prontuário do paciente quando este ou o responsável o autorizar, para os esclarecimentos que se fizerem necessários.</li><li>• Toda a documentação referente ao caso (exames de imagem de diagnóstico/laudos);</li></ul> <p><u>OBSERVAÇÕES:</u> 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.</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------