

1. DADOS DO(A) BENEFICIÁRIO(A) TITULAR

Nome completo:

CPF:

CIB-e:

Telefone:

E-mail:

2. ESPECIFICAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Alteração de condição do beneficiário no GDF SAÚDE (para casos em que não houve interrupção da condição de beneficiário)

☐

 retorno a vínculo funcional, sem interrupção da condição de beneficiário (de beneficiário titular optante para beneficiário titular)

☐

 alteração de titularidade (reorganização do grupo familiar)

☐

 mudança de condição do beneficiário (como dependente que passe à condição de titular – pensionista, sem interrupção do vínculo)

☐

 outros: _____

Este formulário não se aplica à primeira adesão ao GDF SAÚDE nem às hipóteses de exercício do direito de permanência, que possuem instrumentos próprios.

3. IDENTIFICAÇÃO DO(S) BENEFICIÁRIO(S) A SER(EM) REINGRESSADOS

Nº	Nome completo	CPF	Tipo
1			☐ titular ☐ dependente
2			☐ titular ☐ dependente
3			☐ titular ☐ dependente
4			☐ titular ☐ dependente
5			☐ titular ☐ dependente

4. DECLARAÇÕES DO(A) REQUERENTE

Declaro-me ciente de que:

4.1. O presente requerimento será analisado pelo INAS quanto ao atendimento dos critérios de elegibilidade previstos no Regulamento do GDF SAÚDE.

4.2. A presente solicitação refere-se exclusivamente à alteração de condição do beneficiário, não caracterizando nova adesão ao GDF SAÚDE.

4.3. Não havendo interrupção da condição de beneficiário, será mantido o vínculo ao GDF SAÚDE, com adequação da forma de contribuição e demais condições conforme a nova situação funcional ou de elegibilidade.

Dependentes

4.4. Nos casos de retorno a vínculo funcional ou de alteração de titularidade, será admitida a inclusão de novos dependentes, os quais estarão sujeitos ao cumprimento dos períodos de carência previstos no Regulamento do GDF SAÚDE, sem prejuízo da manutenção dos dependentes já regularmente inscritos.

4.5. Nos casos de mudança de condição do beneficiário para titular na qualidade de pensionista, não será admitida a inclusão de novos dependentes, exceto no caso de filho(a) nascido(a) ou adotado(a) após a formalização da condição, desde que a solicitação de inclusão seja realizada nos prazos e condições previstos no Regulamento do GDF SAÚDE.

Carência

4.6. A alteração de condição não implica reinício da contagem de períodos de carência para o beneficiário titular ou para os dependentes já inscritos, permanecendo válidas as condições anteriormente estabelecidas, nos termos do Regulamento do GDF SAÚDE.

4.7. Os dependentes incluídos em decorrência das hipóteses previstas no item 4.4 estarão sujeitos ao cumprimento integral dos períodos de carência, salvo nas hipóteses de isenção ou aproveitamento previstas no Regulamento do GDF SAÚDE.

Custeio

4.8. A alteração de condição poderá implicar modificação na forma de custeio do plano, conforme o novo enquadramento do beneficiário, nos termos do Regulamento do GDF SAÚDE.

4.9. Nos casos de retorno a vínculo funcional, a contribuição do beneficiário será ajustada conforme as regras aplicáveis à nova condição funcional, observada a sistemática de competência mensal adotada pelo GDF SAÚDE.

4.10. Nos casos de mudança de condição para titular na qualidade de pensionista, a contribuição observará as regras específicas aplicáveis a essa condição, nos termos do Regulamento do GDF SAÚDE.

Disposições operacionais

4.11. A efetivação da alteração estará condicionada à validação das informações e documentos apresentados, nos termos do Regulamento do GDF SAÚDE.

4.12. O prazo para análise da solicitação será de até 10 (dez) dias úteis, contados do protocolo, desde que a documentação esteja completa, podendo ser suspenso em caso de necessidade de complementação documental.

4.13. Nos casos que envolvam dependentes, declaro que atuo na condição de beneficiário titular, sendo responsável pelas informações prestadas e pelo cumprimento das regras do Regulamento do GDF SAÚDE.

4.14. Declaro que estou ciente de que a alteração de condição poderá implicar modificação na forma de custeio, contribuição mensal e demais condições aplicáveis ao plano, conforme o novo enquadramento.

5. DOCUMENTAÇÃO ANEXADA

☐ Documento de identificação oficial

☐ Comprovação de vínculo/condição de elegibilidade (quando aplicável)

☐ Declaração de Saúde

☐ outros: _____

6. TERMO DE CIÊNCIA

6.1. Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e que estou ciente das regras do Regulamento do GDF SAÚDE.

Assinatura do (a) Beneficiário (a): _____

Data: ____/____/____

O beneficiário poderá acompanhar o andamento de sua solicitação por meio dos canais de atendimento do INAS, mediante informação do número de protocolo.

IDENTIFICAÇÃO DO(A) ATENDENTE

Nome:

Matrícula:

Assinatura do(a) Servidor(a) _____