

DECLARAÇÃO PARA FINS DE PORTABILIDADE

O Instituto de Assistência à Saúde do Servidor do Distrito Federal - INAS, autarquia especial instituída pela [Lei nº 3.831, de 14 de março de 2006](#), com a finalidade de prestar assistência suplementar à saúde, em regime de autogestão, por meio do GDF SAÚDE, aos beneficiários titulares e seus dependentes, declara, para os devidos fins, a condição de beneficiário titular e de seus dependentes, nos seguintes termos:

1. DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

NOME COMPLETO/NOME SOCIAL:	
CPF:	

2. CARÊNCIAS E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)

ADESÃO TITULAR:					
TIPO DE COBERTURA	PRAZO TOTAL DE CARÊNCIA	CUMPRIDA? (Sim/Não)	PRAZO RESTANTE (dias)	CPT APLICÁVEL?	PERÍODO DA CPT
Consultas	60 dias	() sim () não	-	() sim () não	_____ a _____
Exames diagnósticos	90 dias	() sim () não	-	() sim () não	_____ a _____
Parto a Termo	300 dias	() sim () não	-	() sim () não	_____ a _____
Demais casos	180 dias	() sim () não	-	() sim () não	_____ a _____

Cobertura Parcial Temporária:

☐ Não há aplicação de CPT para doenças ou lesões preexistentes.

☐ Há aplicação de CPT conforme previsto no Regulamento do GDF SAÚDE, abrangendo os procedimentos descritos no Anexo I.

3. DEPENDENTES VINCULADOS

NOME	TIPO DE DEPENDENTE	CPF	DATA DE ADESÃO	CARÊNCIA	
				CUMPRIDA? (Sim/Não)	PRAZO RESTANTE (dias)
				() sim () não	
				() sim () não	
				() sim () não	
				() sim () não	
				() sim () não	

☐ Não possui dependentes vinculados.

4. SITUAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Adimplência, até a presente data, conforme registros financeiros do INAS:

☐ Adimplente

☐ Inadimplente

5. INFORMAÇÕES DE ORIGEM

- **Nome:** GDF SAÚDE
- **Tipo de contratação:** Coletivo por adesão (Autogestão pública)
- **Segmentação assistencial:** Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia
- **Natureza da cobertura:** Assistência médica e serviços suplementares
- **Abrangência geográfica:** Distrito Federal e Região Metropolitana do Entorno
- **Padrão de acomodação:** Enfermaria
- **Regras de coparticipação:** Possui coparticipação
- **Forma de pagamento da mensalidade:** Contribuição mensal com desconto em folha de pagamento, por meio de cobrança via Título de Cobrança Bancária (boleto bancário) ou outro método de cobrança estabelecido pelo INAS
- **Rede de atendimento:** Prestação de serviços por meio de rede credenciada contratada
- **Registro na ANS:** o plano não possui registro na ANS, por se tratar de autogestão pública não submetida à regulamentação da [Lei nº 9.656/1998](#), nos termos da [RN nº 137/2006](#)

6. FINALIDADE

Esta declaração tem como finalidade comprovar a vinculação ao plano de origem para fins de portabilidade de carências, de acordo com os parâmetros da ANS, aplicados por analogia ao GDF SAÚDE.

Ressalta-se que esta declaração não exige o beneficiário de eventuais débitos pendentes relativos a serviços já utilizados e ainda não faturados ou apresentados a este Instituto.