

TERMO DE ADESÃO

1. INFORMAÇÕES PESSOAIS DO(A) TITULAR

NOME COMPLETO/NOME SOCIAL:			
CPF:		DATA DE NASCIMENTO:	
SEXO/GÊNERO:	[] Masculino [] Feminino [] Outro/Autodeclarado:		
ESTADO CIVIL:	[] 01 - Solteiro(a) [] 02 - Casado(a) / União estável [] 03 - Sep. Judicialmente [] 04 - Viúvo(a) [] 05 - Divorciado(a)		
ENDEREÇO COMPLETO:			
BAIRRO:		CEP:	
CIDADE/ESTADO:			
TELEFONE(S):			
E-MAIL:			

2. INFORMAÇÕES FUNCIONAIS E TITULARIDADE NO GDF SAÚDE

Matrículas Funcionais

MATRÍCULA	ÓRGÃO

Regime de Trabalho / Categoria Funcional

(Define a natureza do vínculo funcional junto ao GDF e a qualidade de beneficiário titular no GDF SAÚDE)

- [] 1 - Servidor efetivo ativo
- [] 2 - Servidor comissionado sem vínculo efetivo
- [] 3 - Contratado temporariamente sem vínculo efetivo
- [] 4 - Empregado público
- [] 5 - Servidor efetivo inativo (aposentado)
- [] 6 - Pensionista de servidor ativo ou inativo

Caso seja selecionado o item 6, devem ser preenchidos os dados do servidor titular de quem se recebe a pensão:

NOME COMPLETO DO SERVIDOR:	
MATRÍCULA FUNCIONAL:	
ÓRGÃO DE LOTAÇÃO:	
CATEGORIA FUNCIONAL:	[] Servidor efetivo ativo [] Servidor efetivo inativo/aposentado

3. DADOS DO(S) DEPENDENTE(S)

Instruções: Utilize os códigos da legenda para preencher o grau de parentesco (tipo de dependente)

Legenda

- 1 - Cônjuge ou Companheiro(a)
- 2 - Filho(a) menor de 21 anos
- 3 - Filho(a) estudante universitário(a) até 24 anos
- 4 - Filho(a) inválido(a)
- 5 - Enteadado(a) menor de 21 anos
- 6 - Enteadado(a) estudante universitário(a) até 24 anos
- 7 - Enteadado(a) inválido(a)
- 8 - Menor sob guarda

Nº	NOME / NOME SOCIAL	CPF	DATA DE NASCIMENTO	SEXO/GÊNERO	GRAU DE PARENTESCO
1					
2					
3					
4					
5					

4. DECLARAÇÃO, CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO

Condições de adesão e elegibilidade

- 4.1. Declaro ter interesse em ingressar como beneficiário titular, juntamente com meus dependentes, no GDF SAÚDE.
- 4.2. Estou ciente de que a adesão dos dependentes depende, obrigatoriamente, da minha participação como titular.
- 4.3. Declaro estar ciente de que o INAS realizará monitoramento constante do cadastro de beneficiários e poderá cancelar, a qualquer momento, aqueles que não se enquadrem nos critérios de elegibilidade.
- 4.4. Declaro ciência de que devo cadastrar todas as minhas matrículas funcionais, quando possuir mais de uma, sendo de minha responsabilidade informar ao INAS eventuais alterações.

Cartão de Identificação do Beneficiário – CIB-e

- 4.5. Estou ciente de que, após efetivada a adesão, será disponibilizado o Cartão Eletrônico de Identificação do Beneficiário – CIB-e.
- 4.6. Estou ciente de que o CIB-e é pessoal e intransferível, devendo ser apresentado obrigatoriamente com documento oficial de identificação com foto.
- 4.7. Estou ciente de que a utilização indevida do CIB-e acarretará aplicação das penalidades previstas no Regulamento.
- 4.8. Estou ciente de que poderá ser solicitada biometria facial e/ou digital para minha identificação nos atendimentos.
- 4.9. Estou ciente de que deverei devolver eventual cartão físico quando do encerramento do vínculo junto ao GDF SAÚDE.
- 4.10. Estou ciente de que, na hipótese de extravio de cartão físico, deverei apresentar declaração de extravio e, quando for o caso, boletim de ocorrência policial.

Atualização cadastral e responsabilidades

- 4.11. Declaro que sou o(a) único(a) responsável pela exatidão dos meus dados e dos meus dependentes, devendo comunicar ao INAS quaisquer alterações no prazo máximo de 30 (trinta) dias.
- 4.12. Autorizo o INAS a solicitar documentos adicionais sempre que necessário.

- 4.13. Declaro ciência de que devo manter atualizado o cadastro dos dependentes universitários, com periodicidade semestral, mediante entrega do comprovante de frequência do semestre anterior e declaração de matrícula do semestre em curso em instituição de ensino superior reconhecida pelo MEC.
- 4.14. Reconheço que a omissão na atualização cadastral poderá acarretar:
- I – suspensão e cancelamento da assistência à saúde;
- II – ressarcimento integral ao GDF SAÚDE, em caso de utilização indevida; e
- III – responsabilização civil e administrativa.

Regras sobre carência e cobertura parcial temporária

- 4.15. Estou ciente de que os beneficiários do GDF SAÚDE estarão sujeitos aos períodos de carência, contados a partir da efetivação da adesão, conforme previsto no Regulamento.
- 4.16. Estou ciente de que não será admitido aproveitamento de carência cumprida em outro plano de saúde.
- 4.17. Reconheço que, durante os períodos de carência, serão garantidos atendimentos de urgência e emergência, limitados às primeiras 12 (doze) horas, desde que constatado risco imediato de vida ou lesões irreparáveis, e que persistindo a necessidade de internação ou procedimentos hospitalares, a cobertura continuará restrita ao evento que originou a urgência.
- 4.18. Estou ciente das isenções de carência aplicáveis a recém-nascidos, filhos adotivos, dependentes que se tornem pensionistas e novos vínculos ou condições de elegibilidade, desde que observados os prazos previstos no Regulamento.
- 4.19. Estou ciente de que a Cobertura Parcial Temporária (CPT) consiste na suspensão parcial da cobertura da assistência à saúde por até 12 (doze) meses, limitada aos eventos relacionados a doenças ou lesões preexistentes declaradas na Declaração de Saúde, anexa a este Termo.
- 4.20. Reconheço que, após o período máximo de CPT, a cobertura será integral para todos os eventos relacionados às Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP), e que consultas, exames, procedimentos ambulatoriais simples e internações não cirúrgicas não sofrerão restrições, desde que cumpridos os períodos de carência aplicáveis.
- 4.21. Estou ciente de que a omissão dolosa de informações sobre doenças ou lesões preexistentes poderá resultar na aplicação retroativa da CPT pelo período remanescente, após análise administrativa do INAS.

Exclusão, cancelamento e permanência

- 4.22. Estou ciente de que o cancelamento a pedido exige a apresentação de requerimento em formulário específico, mediante assinatura do Termo de Cancelamento do GDF SAÚDE, acompanhado da devolução dos cartões físicos, quando houver.
- 4.23. Estou ciente de que o direito de permanência no GDF SAÚDE, na condição de titular optante, poderá ser exercido pelos grupos previstos no Regulamento, desde que formalizada a opção no prazo de 30 (trinta) dias a partir da perda do vínculo funcional, por meio da assinatura do Termo de Opção de Permanência do GDF SAÚDE.
- 4.24. Reconheço que, nos casos previstos no Regulamento, o direito de permanência é limitado a até 1 (um) ano, contado da data de perda do vínculo funcional, e que, nos casos de ausência de formalização da permanência no prazo acarretará cancelamento automático, sujeitando-me a novos prazos de carência em eventual retorno.
- 4.25. Estou ciente de que os dependentes do titular optante poderão permanecer no GDF SAÚDE nas mesmas condições aplicáveis ao titular.
- 4.26. Durante o período em que o beneficiário permanecer vinculado ao GDF SAÚDE, inclusive nos casos de suspensão temporária, e enquanto não houver manifestação formal de cancelamento, haverá cobrança das mensalidades, incluindo o valor proporcional ao período em que o Plano estiver ativo, até a data do efetivo cancelamento.
- 4.27. O cancelamento a pedido do beneficiário titular ou titular optante ocorrerá **no último dia do mês da solicitação**.
- 4.28. Caso a perda da qualidade de beneficiário seja efetivada após a geração da cobrança mensal, o beneficiário terá direito à assistência do GDF SAÚDE até o final do mês referente à cobrança.

Regras financeiras e contribuições

- 4.29. Estou ciente de que as contribuições dos titulares e dependentes serão descontadas mensalmente em folha de pagamento e, na impossibilidade, poderão ser cobradas por débito em conta, boleto bancário ou outro meio definido pelo INAS.
- 4.30. Estou ciente de que devo verificar periodicamente as cobranças nos canais oficiais (site, aplicativo, central de atendimento), mantendo em dia o pagamento das contribuições próprias e de meus dependentes.
- 4.31. Reconheço que valores pagos em atraso sofrerão acréscimo de correção pelo IPCA, juros de mora de 1% ao mês e multa de 2%.
- 4.32. Estou ciente de que a inadimplência poderá resultar em inscrição em dívida ativa e em outras formas de protesto, conforme Regulamento.
- 4.33. Reconheço minha responsabilidade solidária pelos débitos de coparticipação de todos os meus dependentes.
- 4.34. Estou ciente das regras de coparticipação previstas no Regulamento.
- 4.35. Estou ciente de que o atraso no pagamento:
- I – por mais de 30 (trinta) dias acarretará a suspensão do GDF SAÚDE; e
- II – por mais de 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, acarretará o cancelamento do GDF SAÚDE, com reinício de carência em caso de nova adesão.

Disposições gerais

- 4.36. Estou ciente que a vigência do GDF SAÚDE inicia a partir da efetivação da adesão.
- 4.37. Estou ciente de que o INAS é uma autarquia distrital com autonomia administrativa e regulatória e que o GDF SAÚDE, por se tratar de modalidade de autogestão pública, não se submete à regulação da ANS, podendo, entretanto, adotar suas diretrizes como parâmetro técnico e de boas práticas.
- 4.38. Autorizo o tratamento de meus dados pessoais e dados sensíveis, bem como dos meus dependentes, pelo INAS, exclusivamente para fins relacionados à Declaração de Saúde, análise assistencial, regulatória e estratégica, em conformidade com a [Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD](#), a [Portaria nº 77, de 22 de julho de 2024](#), e demais normas aplicáveis. Autorizo, ainda, o uso desses dados para inclusão ou sugestão de participação em programas voltados à promoção da saúde, prevenção de doenças, atenção primária e gestão da saúde populacional, desde que expressamente autorizado.
- 4.39. Declaro que li, compreendi e aceito integralmente o Regulamento do GDF SAÚDE, disponível nos sites oficiais do INAS e do GDF SAÚDE (www.inas.df.gov.br/ www.gdfsaude.df.gov.br/), e que informações complementares poderão ser obtidas no atendimento presencial localizado no SCS, Quadra 9, Bloco A, 1º subsolo – Edifício Parque Cidade Corporate, Asa Sul, ou pelo telefone (61) 3521-5331.

5. AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO

- 5.1. Autorizo o Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Distrito Federal – INAS, caso minha adesão seja aprovada, a:
- I – descontar em folha de pagamento;
- II – debitar em minha conta corrente bancária; ou
- III – cobrar por qualquer outro meio disponível, as mensalidades, coparticipações (percentual sobre a utilização do GDF SAÚDE) e demais obrigações financeiras de minha responsabilidade e de meus dependentes, decorrentes da assistência prestada.
- 5.2. Estou ciente de que tais débitos permanecem devidos até a data do cancelamento do GDF SAÚDE, inclusive quando ainda não processados, e que o cancelamento da assistência à saúde não me desonera do pagamento das mensalidades e coparticipações pendentes.

Data: _____/_____/_____

Assinatura do Titular