

TERMO DE COMUNICAÇÃO DE ALEGAÇÃO

Assunto: Notificação de Alegação de Omissão de Informação sobre Doença ou Lesão Preexistente (DLP)

NOME COMPLETO/NOME SOCIAL:	
CPF:	
CIB-e:	

1. OBJETO

O presente Termo tem por finalidade comunicar formalmente ao(à) beneficiário(a) titular a existência de indícios de omissão dolosa de informações relativas a Doença ou Lesão Preexistente (DLP), nos termos do Regulamento do GDF SAÚDE, identificados em relação a:

BENEFICIÁRIO(A) ENVOLVIDO(A):	
CPF:	
CIB-e:	

2. FUNDAMENTAÇÃO

A presente alegação fundamenta-se na análise da Declaração de Saúde (DS) apresentada no momento da adesão e em critérios técnicos previstos no Regulamento do GDF SAÚDE, que identificaram indícios de omissão dolosa de informações relevantes para a avaliação do risco assistencial, conforme abaixo discriminado:

3. DIREITO À AMPLA DEFESA E INFORMAÇÕES PARA CONTATO

Nos termos do art. 8º do Regulamento do GDF SAÚDE e em observância ao princípio do devido processo legal, o(a) beneficiário(a) poderá apresentar defesa, recurso e provas no prazo de 10 (dez) dias úteis, contados a partir do recebimento deste Termo, mediante protocolo eletrônico ou presencial junto ao INAS.

Para tanto, o(a) beneficiário(a) poderá utilizar o protocolo eletrônico disponível ou comparecer presencialmente no endereço SCS, Quadra 9, Bloco A, 1º subsolo – Edifício Parque Cidade Corporate, Asa Sul – Brasília/DF, ou ainda entrar em contato pelo telefone (61) 3521-5331 para orientações adicionais.

Durante o prazo de análise administrativa, fica integralmente mantido o direito à assistência, sem qualquer suspensão ou restrição de cobertura.

Confirmada a omissão dolosa após a conclusão do processo administrativo, poderá ser aplicada a Cobertura Parcial Temporária (CPT) retroativa, pelo período remanescente até o limite máximo de 12 (doze) meses, contado da data da adesão, sem prejuízo de outras medidas cabíveis previstas no Regulamento do GDF SAÚDE.

4. DECLARAÇÃO

Declaro que recebi e compreendi o conteúdo deste Termo de Comunicação de Alegação, bem como os procedimentos e prazos estabelecidos.

Assinatura do Beneficiário: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do Representante do INAS: _____ Data: ____/____/____