

1. INFORMAÇÕES PESSOAIS DO(A) BENEFICIÁRIO(A) TITULAR

Nome completo:

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:

E-mail:

2. INFORMAÇÕES FUNCIONAIS DO(A) BENEFICIÁRIO(A) TITULAR

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:

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 - Enteado(a) menor de 21 anos

6 - Enteado(a) estudante universitário(a) até 24 anos

7 - Enteado(a) inválido(a)

8 - Menor sob guarda

Nº	Nome completo	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.

Utilização do 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 de Cobertura Parcial Temporária (CPT), inclusive quanto ao período remanescente de cobertura, 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. Enquanto mantida a condição de beneficiário, haverá cobrança das mensalidades, inclusive nos casos de suspensão temporária, até a data do efetivo cancelamento, nos termos do Regulamento do GDF SAÚDE.
- 4.27. A solicitação de cancelamento, a pedido do beneficiário titular ou titular optante, produz efeitos imediatos quanto à sua irretratabilidade a partir da ciência do INAS, não sendo passível de desistência após sua formalização.
- Parágrafo único. A cessação da cobertura assistencial ocorrerá no último dia do mês da solicitação, nos termos do Regulamento do GDF SAÚDE.

Regras financeiras e contribuições

- 4.28. 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.
- 4.29. 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.
- 4.30. Reconheço que valores pagos em atraso sofrerão acréscimo de correção pelo IPCA, juros de mora de 1% ao mês e multa de 2%.
- 4.31. Estou ciente de que a inadimplência poderá resultar em inscrição em dívida ativa e em outras formas de protesto, conforme Regulamento.
- 4.32. Reconheço minha responsabilidade solidária pelos débitos de coparticipação de todos os meus dependentes.
- 4.33. Estou ciente das regras de coparticipação previstas no Regulamento.
- 4.34. 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.
- 4.35. A forma de custeio poderá ser alterada conforme a condição de elegibilidade do beneficiário, nos termos do Regulamento.

Disposições gerais

- 4.36. Estou ciente de 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.

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) _____