



Inscrição:
(uso da GEAP)

1. DADOS PESSOAIS DO TITULAR

Nome		Data de Nasc. / /	
Nome da mãe			
RG nº	Órgão expedidor		Data de Emissão / /
CPF	Sexo: Masc. <input type="checkbox"/>	Fem. <input type="checkbox"/>	PIS/PASEP
CNS	Estado Civil	Declaração de nascido vivo nº	
Endereço			
Bairro	Cidade	UF	CEP
Tel. Res.: ()	Tel. Com.: ()	Celular: ()	
E-mail			
Banco	Agência	Nº Conta Corrente	
Raça	Amarelo(a) <input type="checkbox"/>	Branco(a) <input type="checkbox"/>	Indígena <input type="checkbox"/>
	Pardo(a) <input type="checkbox"/>	Preto(a) <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Autoriza o envio de SMS/e-mail marketing			

2. DADOS FUNCIONAIS DO TITULAR

Patrocinadora/Conveniada		Matrícula SIAPE	
Data de Admissão / /	Lotação	Unidade Pagadora	
Situação	ATIVO <input type="checkbox"/>	APOSENTADO <input type="checkbox"/>	CARGO EM COMISSÃO <input type="checkbox"/>
	REQUISITADO <input type="checkbox"/>	CEDIDO <input type="checkbox"/>	PENSIONISTA <input type="checkbox"/>
Salário Base	Remuneração	Ref. Mês/ano /	
Cargo			

3. DEPENDENTES

(*) Preenchimento obrigatório, com dados próprios do beneficiário.

(**) Preenchimento para nascido a partir de 01/01/2010.

Seq.	Vínculo	Nome		
Data de Nasc. / /		Nome da mãe		
CPF (*)	RG nº (*)	Órgão Expedidor (*)	Data de Emissão / /	
CNS	Estado Civil	Sexo: Masc. <input type="checkbox"/>	Fem. <input type="checkbox"/>	Situação: Normal <input type="checkbox"/>
				Inválido <input type="checkbox"/>
Raça	Amarelo(a) <input type="checkbox"/>	Branco(a) <input type="checkbox"/>	Indígena <input type="checkbox"/>	Pardo(a) <input type="checkbox"/>
				Preto(a) <input type="checkbox"/>
Declaração de nascido vivo nº (**)				
Endereço			Repetir do Titular <input type="checkbox"/>	
Bairro	Cidade	UF	CEP	
Tel. Res.: ()	Tel. Com.: ()	Celular: ()		
E-mail				



Seq.	Vínculo	Nome		
Data de Nasc. / /		Nome da mãe		
CPF (*)	RG nº (*)	Órgão Expedidor (*)	Data de Emissão / /	
CNS	Estado Civil	Sexo: Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	Situação Normal <input type="checkbox"/> Inválido <input type="checkbox"/>	
Raça Amarelo(a) <input type="checkbox"/> Branco(a) <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Pardo(a) <input type="checkbox"/> Preto(a) <input type="checkbox"/>				
Declaração de nascido vivo nº (**)				
Endereço			Repetir do Titular <input type="checkbox"/>	
Bairro	Cidade	UF	CEP	
Tel. Res.: ()	Tel. Com.: ()	Celular: ()		
E-mail				

Seq.	Vínculo	Nome		
Data de Nasc. / /		Nome da mãe		
CPF (*)	RG nº (*)	Órgão Expedidor (*)	Data de Emissão / /	
CNS	Estado Civil	Sexo: Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	Situação Normal <input type="checkbox"/> Inválido <input type="checkbox"/>	
Raça Amarelo(a) <input type="checkbox"/> Branco(a) <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Pardo(a) <input type="checkbox"/> Preto(a) <input type="checkbox"/>				
Declaração de nascido vivo nº (**)				
Endereço			Repetir do Titular <input type="checkbox"/>	
Bairro	Cidade	UF	CEP	
Tel. Res.: ()	Tel. Com.: ()	Celular: ()		
E-mail				

Seq.	Vínculo	Nome		
Data de Nasc. / /		Nome da mãe		
CPF (*)	RG nº (*)	Órgão Expedidor (*)	Data de Emissão / /	
CNS	Estado Civil	Sexo: Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	Situação Normal <input type="checkbox"/> Inválido <input type="checkbox"/>	
Raça Amarelo(a) <input type="checkbox"/> Branco(a) <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Pardo(a) <input type="checkbox"/> Preto(a) <input type="checkbox"/>				
Declaração de nascido vivo nº (**)				
Endereço			Repetir do Titular <input type="checkbox"/>	
Bairro	Cidade	UF	CEP	
Tel. Res.: ()	Tel. Com.: ()	Celular: ()		
E-mail				



Seq.	Vínculo	Nome		
Data de Nasc.	/ /	Nome da mãe		
CPF (*)	RG nº (*)	Órgão Expedidor (*)	Data de Emissão / /	
CNS	Estado Civil	Sexo: Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	Situação Normal <input type="checkbox"/> Inválido <input type="checkbox"/>	
Raça Amarelo(a) <input type="checkbox"/> Branco(a) <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Pardo(a) <input type="checkbox"/> Preto(a) <input type="checkbox"/>				
Declaração de nascido vivo nº (**)				
Endereço			Repetir do Titular <input type="checkbox"/>	
Bairro	Cidade	UF	CEP	
Tel. Res.: ()	Tel. Com.: ()	Celular: ()		
E-mail				

4. GRUPO FAMILIAR

(*) Preenchimento obrigatório, com dados próprios do beneficiário.

(**) Preenchimento para nascido a partir de 01/01/2010.

Inscrição:	Nome			
Data de Nasc.	/ /	Vínculo	Nome da mãe	
CPF (*)	RG nº (*)	Órgão Expedidor (*)	Data de Emissão / /	
CNS	Estado Civil	Sexo: Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	PIS/PASEP	
Raça Amarelo(a) <input type="checkbox"/> Branco(a) <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Pardo(a) <input type="checkbox"/> Preto(a) <input type="checkbox"/>				
Declaração de nascido vivo nº (**)				
Endereço			Repetir do Titular <input type="checkbox"/>	
Bairro	Cidade	UF	CEP	
Tel. Res.: ()	Tel. Com.: ()	Celular: ()		
E-mail				

Inscrição:	Nome			
Data de Nasc.	/ /	Vínculo	Nome da mãe	
CPF (*)	RG nº (*)	Órgão Expedidor (*)	Data de Emissão / /	
CNS	Estado Civil	Sexo: Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	PIS/PASEP	
Raça Amarelo(a) <input type="checkbox"/> Branco(a) <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Pardo(a) <input type="checkbox"/> Preto(a) <input type="checkbox"/>				
Declaração de nascido vivo nº (**)				
Endereço			Repetir do Titular <input type="checkbox"/>	
Bairro	Cidade	UF	CEP	
Tel. Res.: ()	Tel. Com.: ()	Celular: ()		
E-mail				



Inscrição:		Nome			
Data de Nasc. / /		Vínculo		Nome da mãe	
CPF (*)		RG nº (*)		Órgão Expedidor (*)	Data de Emissão / /
CNS		Estado Civil		Sexo: Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	PIS/PASEP
Raça Amarelo(a) <input type="checkbox"/> Branco(a) <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Pardo(a) <input type="checkbox"/> Preto(a) <input type="checkbox"/>					
Declaração de nascido vivo nº (**)					
Endereço					Repetir do Titular <input type="checkbox"/>
Bairro		Cidade		UF	CEP
Tel. Res.: ()		Tel. Com.: ()		Celular: ()	
E-mail					

5. CONSENTIMENTO DO (A) TITULAR

Autorizo o (a) Sr. (a) _____, portador (a) da Identidade nº _____, CPF: _____, residente à _____, na cidade de _____, UF: _____, telefone: (____) _____, e-mail _____, a obter informações acerca de qualquer aspecto relacionado ao plano de saúde no qual estou inscrito.

Local Data

Assinatura do Titular

6. ADESÃO

6.1. Solicito minha adesão como Titular em razão do Convênio por Adesão celebrado entre a GEAP Autogestão em Saúde e o (a) _____, assim como a inscrição do (s) Dependente (s) e Grupo Familiar, se houver, relacionados nos itens 3 e 4 deste Termo, respectivamente, especificamente para o plano **GEAPEssencial**, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o número **455.835/07-9** e, conseqüentemente, me comprometo a pagar as contribuições mensais e coparticipações do plano, na forma seguinte:

I - Consignação em Folha de Pagamento:

- a) Contribuição mensal para o plano **GEAPEssencial**, relativa a minha inscrição e a do (s) meu (s) Dependente (s), de acordo com os valores vigentes e estabelecidos pelo Conselho de Administração da Fundação;
- b) Participação no custeio dos serviços utilizados por mim ou por meu (s) Dependente (s) relacionados no item 3 deste Termo - anverso, de acordo com os valores vigentes, estabelecidos pelo Conselho de Administração; e
- c) Parcelas de contribuição ou participação em atraso, por ventura, identificada(s).

II - Título de Cobrança Bancária:

- a) Contribuição individual do beneficiário pertencente ao Grupo Familiar do (a) titular, relacionado (s) no item 4 deste Termo, de acordo com os valores vigentes e estabelecidos pelo Conselho de Administração da Fundação;
- b) Participação no custeio dos serviços utilizados pelo beneficiário pertencente ao Grupo Familiar relacionado (s) no item 4 deste Termo;
- c) A cobrança será realizada por meio de Débito em Conta Corrente informada pelo beneficiário ou Título de Cobrança bancária - TCB;
- d) Contribuição ou participação, porventura, não consignada em Folha de Pagamento, por falta de margem consignável ou qualquer outro motivo.



6.2. Declaro ter ciência de que a inscrição ao plano **GEAPEssencial** somente será efetivada para fins de direito, inclusive de carência, quando apresentada este documento na Gerência Regional da GEAP no Estado, nos prazos definidos no Convênio por Adesão celebrado com a Patrocinadora.

7. TERMO DE RESPONSABILIDADE

7.1. Pelo presente Termo de Responsabilidade, declaro para todos os fins legais, que:

I - Comprometo-me a comunicar à GEAP qualquer evento que implique em perda do meu direito e/ou de meu (s) Dependentes inscrito (s) no plano **GEAPEssencial**, entre eles, casamento, morte, ser beneficiário de outro plano de saúde mantido com recursos do Governo Federal ou qualquer outra situação, dentro do prazo de 30 (trinta) dias à contar da data do evento, estando ciente de que fico sujeito às penalidades previstas no artigo 171 do Código Penal, caso não cumpra este compromisso;

II - Recebi o Estatuto da Fundação, o Regulamento do plano **GEAPEssencial**, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS e o Guia de Leitura Contratual - GLC, cujo conteúdo tomei conhecimento aceitando plenamente suas condições;

III - Tenho conhecimento de que cumprirei, assim como meu (s) Dependentes inscrito (s) e Grupo Familiar, os períodos de carência estabelecidos no Regulamento do plano **GEAPEssencial**, sendo que, durante esse período, somente serão autorizados atendimentos de urgência e emergência;

IV - Mantereí o meu endereço e de meus Dependentes e Grupo Familiar sempre atualizados junto a essa Fundação;

V - Tenho conhecimento e assumo o compromisso de pagar as contribuições e participações de que trata o inciso II, subitem 6.1., item 6 deste Termo, por meio de Título de Cobrança Bancária - TCB emitido pela GEAP, no caso em que não for possível a consignação de tais débitos em folha de pagamento;

VI - Tenho conhecimento de que as contribuições para o plano **GEAPEssencial** serão atualizadas com base em estudos atuariais, observando-se a legislação que trata a matéria; e

VII - Tenho ciência que o não pagamento das contribuições ou participações mensais poderá acarretar o cancelamento da inscrição e a inclusão do meu CPF no cadastro do SERASA.

_____, ____/____/____
Local Data

Assinatura do Titular

Exclusivo da Patrocinadora							
Autorizamos a inscrição do servidor/empregado <input type="checkbox"/> e dos dependentes <input type="checkbox"/> informados neste documento.							
_____, ____/____/____ Local Data	<table border="1"><tr><td colspan="2">AUTORIZADOR</td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td>Assinatura e Carimbo</td><td>Matrícula</td></tr></table>	AUTORIZADOR				Assinatura e Carimbo	Matrícula
AUTORIZADOR							
Assinatura e Carimbo	Matrícula						



Autorização para débito em conta corrente

Nome Beneficiário Grupo Familiar: _____ CPF: _____

1. Autorizo o estabelecimento bancário abaixo especificado a debitar, mensalmente, em minha conta corrente, o valor para quitar o título em favor da GEAP Autogestão em Saúde.
2. Comprometo-me, desde já, a manter saldo suficiente para o referido débito, ficando o Banco isento de qualquer responsabilidade decorrente da não liquidação do compromisso por insuficiência de provisão na data indicada pela GEAP.
3. Estou ciente de que, caso não conste no título a expressão "DÉBITO EM CONTA - NÃO RECEBER NO CAIXA", esta deverá ser quitada diretamente junto a uma agência autorizada ao seu recebimento.
4. Qualquer alteração ou inclusão de dados deverá ser participada por mim com antecedência mínima de 30 dias.
5. A GEAP se reserva o direito de, a qualquer tempo, cancelar a presente prestação de serviço, mediante comunicação por escrito.

Banco	Nº	Agência	Nº	DV	Conta Corrente	Nº	DV
-------	----	---------	----	----	----------------	----	----

_____, ____/____/____
Local Data

Beneficiário

Autorização para débito em conta corrente

Nome Beneficiário Grupo Familiar: _____ CPF: _____

1. Autorizo o estabelecimento bancário abaixo especificado a debitar, mensalmente, em minha conta corrente, o valor para quitar o título em favor da GEAP Autogestão em Saúde.
2. Comprometo-me, desde já, a manter saldo suficiente para o referido débito, ficando o Banco isento de qualquer responsabilidade decorrente da não liquidação do compromisso por insuficiência de provisão na data indicada pela GEAP.
3. Estou ciente de que, caso não conste no título a expressão "DÉBITO EM CONTA - NÃO RECEBER NO CAIXA", esta deverá ser quitada diretamente junto a uma agência autorizada ao seu recebimento.
4. Qualquer alteração ou inclusão de dados deverá ser participada por mim com antecedência mínima de 30 dias.
5. A GEAP se reserva o direito de, a qualquer tempo, cancelar a presente prestação de serviço, mediante comunicação por escrito.

Banco	Nº	Agência	Nº	DV	Conta Corrente	Nº	DV
-------	----	---------	----	----	----------------	----	----

_____, ____/____/____
Local Data

Beneficiário