



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

<p>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.</p> <p>_____, _____/_____/_____</p> <p style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Local Data</span> <span>Assinatura do Titular</span> </p>	
---	--

## 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 **GEAP-Referência**, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o número **455.830/07-8** 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 **GEAP-Referência**, 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 **GEAP-Referência** 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 **GEAP-Referência**, 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 **GEAP-Referência**, 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 **GEAP-Referência**, 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 **GEAP-Referência** 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

<p><b>Exclusivo da Patrocinadora</b></p> <p>Autorizamos a inscrição do servidor/empregado <input type="checkbox"/> e dos dependentes <input type="checkbox"/> informados neste documento.</p>							
<p>_____, ____/____/____ Local Data</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th colspan="2" style="padding: 5px;">AUTORIZADOR</th> </tr> <tr> <td style="width: 50%; height: 40px;"></td> <td style="width: 50%; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Assinatura e Carimbo</td> <td style="padding: 5px;">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