

1 - Eu, \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_, Matrícula  
SIAPE: \_\_\_\_\_, Patrocinadora/Conveniada: \_\_\_\_\_,  
Endereço Residencial: \_\_\_\_\_, Cidade: \_\_\_\_\_,  
Telefone(fixo): \_\_\_\_/\_\_\_\_\_, Telefone(celular): \_\_\_\_/\_\_\_\_\_, titular no Plano GEAPClássico (Registro ANS nº  
456.093/07-9), solicito o cancelamento da inscrição de:

- minha inscrição (todos os dependentes e beneficiários familiares vinculados, caso hajam, serão cancelados por consequência)  
 dependentes: \_\_\_\_\_,  
(Utilize o verso caso o espaço seja insuficiente, citando o número do item)

tendo em vista a seguinte justificativa:

- Motivo Financeiro  
 Descontentamento com a rede de prestadores de serviços  
 Possui outro plano de saúde  
 Insatisfação com atendimento da  GEAP  Prestador  
 Migração para outro plano de saúde  
 Não utiliza o plano  
 Mudança/viagem para o exterior  
 Separação/divórcio

2 - Estou ciente que:

- a) A partir do cancelamento o(s) beneficiário(s) desta inscrição será(ão) excluído(s) e deixará(ão) de receber as coberturas oferecidas pelo plano GEAPClássico.  
b) O retorno ao plano poderá ocorrer a qualquer momento, condicionado ao cumprimento de novo período de carência estabelecido no regulamento do plano GEAPClássico, estendida aos meus dependentes e beneficiários familiares, caso haja, podendo ser exigido também nova apresentação de documentos que se fizerem necessários.

3 - Os valores de participação ora existentes serão liquidados por mim.

4 - Utilizações que tenham sido feitas pelos beneficiários desta inscrição e que ainda não tenham sido processadas até data do cancelamento do plano, serão cobradas a posteriori, sendo seu pagamento de caráter obrigatório.

5 - Estou devolvendo o(s) seguinte(s) CIB – Cartão de Identificação de Beneficiário:

Devolvido(s): \_\_\_\_\_

(Anotar somente o nº e anexá-lo(s) a este. Utilize o verso caso o espaço seja insuficiente, citando o número do item).

Não devolvido(s): \_\_\_\_\_

(Anotar somente o nº e anexá-lo(s) a este. Utilize o verso caso o espaço seja insuficiente, citando o número do item).

Obs.: Utilizações que venham a ser feitas com CIB não devolvido, serão caracterizadas como USO INDEVIDO, ocasionando a cobrança integral da utilização e a aplicação dos dispositivos legais pertinentes.

6 - A unidade de recursos humanos do órgão ou entidade encaminhará à Gerência Regional da GEAP, os cancelamentos entre os dias 20(vinte) e 30(trinta) de cada mês. E serão efetivados pela GEAP no dia 1º do mês subsequente à entrega do documento, conforme previsto em cláusula do Convênio por Adesão.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Beneficiário

\_\_\_\_\_  
(Assinatura e carimbo funcionário da GEAP)