

Inscrição:
(uso da GEAP)

1. DADOS PESSOAIS DO TITULAR (*) Preenchimento para nascido a partir de 01/01/2010.

Nome		Data de Nasc. / /	
Nome da mãe			
RG nº	Órgão expedidor	Data da 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: ()	
Email			
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"/>			

2. DADOS FUNCIONAIS DO TITULAR

Patrocinadora	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 Emissão / /	
CNS	Estado Civil	Sexo : Masc Fem	Situação Normal Inválido	
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 o do Titular	
Bairro	Cidade	UF	CEP	
Tel. Res.: ()	Tel. Com.: ()	Celular: ()		

Seq.	Vínculo	Nome		
Data de Nasc. / /	Nome da mãe			
CPF(*)	RG nº (*)	Órgão expedidor(*)	Data 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 o do Titular <input type="checkbox"/>	
Bairro	Cidade	UF	CEP	
Tel. Res.: ()	Tel. Com.: ()	Celular: ()		

Seq.	Vínculo	Nome			
Data de Nasc.	/ /	Nome da mãe			
CPF(*)	RG nº (*)	Órgão expedidor(*)	Data 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 o do Titular <input type="checkbox"/>
Bairro	Cidade		UF	CEP	
Tel. Res.: ()		Tel. Com.: ()		Celular: ()	

Seq.	Vínculo	Nome			
Data de Nasc.	/ /	Nome da mãe			
CPF(*)	RG nº (*)	Órgão expedidor(*)	Data 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 o do Titular <input type="checkbox"/>
Bairro	Cidade		UF	CEP	
Tel. Res.: ()		Tel. Com.: ()		Celular: ()	

Seq.	Vínculo	Nome			
Data de Nasc.	/ /	Nome da mãe			
CPF(*)	RG nº (*)	Órgão expedidor(*)	Data 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 o do Titular <input type="checkbox"/>
Bairro	Cidade		UF	CEP	
Tel. Res.: ()		Tel. Com.: ()		Celular: ()	

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

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

Insc.:	Nome				
Data de Nasc.	/ /	Vínculo	Nome da mãe		
RG nº(*)	Órgão expedidor(*)	Data da Emissão / /	PIS/PASEP		
CPF(*)	Sexo Masc <input type="checkbox"/>	Fem <input type="checkbox"/>	CNS	Estado Civil	
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 o do Titular <input type="checkbox"/>	E_mail
Bairro	Cidade		UF	CEP	
Tel. Res.: ()		Tel. Com.: ()		Celular: ()	

Insc.:	Nome		
Data de Nasc. / /	Vínculo	Nome da mãe	
RG nº(*)	Órgão expedidor(*)	Data da Emissão / /	PIS/PASEP
CPF(*)	Sexo Masc <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	CNS	Estado Civil
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 o do Titular <input type="checkbox"/>	E_mail
Bairro	Cidade	UF	CEP
Tel. Res.: ()	Tel. Com.: ()	Celular: ()	

5. ADESÃO

5.1. Solicito minha adesão como Titular em razão do Convênio de Adesão celebrado entre a GEAP Autogestão em Saúde e o(a) _____, assim como a inscrição dos Dependentes e Agregados relacionados nos itens 3 e 4 deste Termo, respectivamente, especificamente para o plano **GEAPClássico**, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o número **456.093/07-1** e, conseqüentemente, me comprometo a pagar as contribuições mensais e co-participações do plano, na forma seguinte:

I – Consignação em Folha de Pagamento:

- Contribuição mensal para o plano GEAPClássico, relativa a minha inscrição e a dos meus Dependentes, de acordo com os valores vigentes e estabelecidos pelo Conselho Deliberativo da Fundação;
- Participação no custeio dos serviços utilizados por mim ou por meus Dependentes relacionados no item 3 deste Termo - anverso, de acordo com os percentuais e tabelas vigentes, estabelecidos pelo Conselho Deliberativo da Fundação; e
- Parcelas de contribuição ou participação em atraso, por ventura identificadas.

II – Cobrança Bancária:

- Contribuição individual dos Agregados relacionados no item 4 deste Termo, de acordo com os valores vigentes e estabelecidos pelo Conselho Deliberativo da Fundação*;
- Participação no custeio dos serviços utilizados pelos meus Agregados relacionados no item 4 deste Termo;
- A cobrança será realizada por meio de Débito em Conta Corrente informada pelo beneficiário ou Título de Cobrança bancária;
- Contribuição ou participação porventura não consignadas em Folha de Pagamento, por falta de margem consignável ou qualquer outro motivo.

(*) Tabela de Contribuição anexa a este Termo.

5.2. Declaro ter ciência de que a inscrição ao plano GEAPClássico somente será efetivada para fins de direito, inclusive o de carência, quando apresentada nas Gerências Regionais da GEAP, nos prazos definidos no Convênio de Adesão celebrado com a Patrocinadora.

(*) Tabela de Contribuição anexa a este Termo.

6. TERMO DE RESPONSABILIDADE

6.1. 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 meus Dependentes inscritos no plano GEAPClássico, 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 GEAPClássico, a relação da rede prestadora de serviços vinculada ao plano, 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 meus Dependentes e Agregados, os períodos de carência estabelecidos no Regulamento do plano GEAPClássico, sendo que, durante esse período, somente serão autorizados atendimentos de urgência e emergência;
- IV - Manterei o meu endereço e de meus Dependentes e Agregados sempre atualizados junto a essa Fundação;
- V - Tenho conhecimento e assumo o compromisso de pagar as contribuições e participações de que trata o inciso I, subitem 5.1., item 5 deste Termo, por meio de Título de Cobrança Bancária 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 dos Agregados de que trata a alínea "a", Inciso II, Subitem 5.1., item 5 deste Termo serão atualizadas anualmente, no mês de assinatura deste Termo, ou quando o Agregado mudar de faixa etária; e
- VII - Tenho ciência que o não pagamento das contribuições e participações mensais poderá acarretar a inclusão do meu CPF no cadastro do SERASA.

Local_____/_____/_____
Data_____
Assinatura do Titular**Exclusivo da Patrocinadora**

Autorizamos a inscrição do servidor/empregado e dos dependentes informados nesse documento.

Local_____/_____/_____
Data**AUTORIZADOR**_____
Assinatura e Carimbo_____
Matrícula

Autorização para débito em conta corrente

NOME AGREGADO: _____ 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 AGREGADO: _____ 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