

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: ( )	
Banco	Agência	Nº Conta Corrente	
Email			
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 <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 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 <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 / /		
Cartão Nacional de Saúde	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 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 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 **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 co-participações do plano, na forma seguinte:

### I – Consignação em Folha de Pagamento:

- Contribuição mensal para o plano GEAP-Referência, 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 **GEAP-Referência** 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.

## 6. TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

- Comprometo-me a comunicar à GEAP qualquer evento que implique em perda do meu direito e/ou de meus Dependentes inscritos 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;
- Recebi o Estatuto da Fundação, o Regulamento do plano **GEAP-Referência**, 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;



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