

## Planos de Abrangência Nacional

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>GEAP SAÚDE II</b><br>Registro ANS: 458004084   | <input type="checkbox"/> <b>GEAP REFERENCIA</b><br>Registro ANS: 455830078      | <input type="checkbox"/> <b>GEAPESSENCIAL</b><br>Registro ANS: 455835079 |
| <input type="checkbox"/> <b>GEAP SAÚDE VIDA</b><br>Registro ANS: 473881151 | <input type="checkbox"/> <b>GEAP REFERENCIA VIDA</b><br>Registro ANS: 473880152 | <input type="checkbox"/> <b>GEAPCLASSICO</b><br>Registro ANS: 456093071  |

## Planos de Abrangência Estadual

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>GEAP Para Você AM</b><br>Registro ANS: 479209/17-2 | <input type="checkbox"/> <b>GEAP Para Você MG</b><br>Registro ANS: 481242/18-5 | <input type="checkbox"/> <b>GEAP Para Você PB</b><br>Registro ANS: 481293/18-2 | <input type="checkbox"/> <b>GEAP Para Você RS</b><br>Registro ANS: 481240/18-9 |
| <input type="checkbox"/> <b>GEAP Para Você DF</b><br>Registro ANS: 479208/17-4 | <input type="checkbox"/> <b>GEAP Para Você MS</b><br>Registro ANS: 481241/18-7 | <input type="checkbox"/> <b>GEAP Para Você PE</b><br>Registro ANS: 479210/17-6 |  |
| <input type="checkbox"/> <b>GEAP Para Você ES</b><br>Registro ANS: 479207/17-6 | <input type="checkbox"/> <b>GEAP Para Você MT</b><br>Registro ANS: 481492/18-4 | <input type="checkbox"/> <b>GEAP Para Você PR</b><br>Registro ANS: 481239/18-5 | <input type="checkbox"/> <b>GEAP Para Você SC</b><br>Registro ANS: 479206/17-8 |
| <input type="checkbox"/> <b>GEAP Para Você GO</b><br>Registro ANS: 481238/18-7 | <input type="checkbox"/> <b>GEAP Para Você PA</b><br>Registro ANS: 481243/18-3 | <input type="checkbox"/> <b>GEAP Para Você RJ</b><br>Registro ANS: 481246/18-8 |  |

### 1. DADOS PESSOAIS DO TITULAR

Nome:				Inscrição: (uso da GEAP)	
Data de Nascimento: / /					
Nome da mãe:					
Nome do pai: (***)					
RG nº:		Órgão Expedidor:		Data de Emissão: / /	
CPF:		Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	PIS/PASEP:		
CNS:		Estado Civil:			
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"/>					
Possui Deficiência Física? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não declarado					
Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): ( ) deficiência visual ( ) deficiência auditiva ( ) deficiência de locomoção/motora ( ) deficiência intelectual					
Autoriza o envio de SMS Marketing? ( ) Sim ( ) Não			Autoriza o envio de E-mail Marketing? ( ) Sim ( ) Não		

### 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"/>					
Remuneração:			Ref. Mês/Ano: /		
Cargo:					

### 3. DADOS DOS DEPENDENTES

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

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

(\*\*\*) Preenchimento não obrigatório, utilizado para os casos de beneficiários recém-nascido com pai beneficiário de plano GEAP, para efeitos de obtenção da isenção do cumprimento dos períodos de carência nos primeiros 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

(\*\*\*\*) Condição permitida de acordo com as regras do convênio com o patrocinador.

Seq:	Nome:		
Data de Nasc.: / /	Vínculo:		
Nome da mãe:			
Nome do pai: (***)			
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"/>			
Possui Deficiência Física? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não declarado			
Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s):			
( ) deficiência visual ( ) deficiência auditiva ( ) deficiência de locomoção/motora ( ) deficiência intelectual			
Declaração de nascido vivo nº: (**)			
Endereço:			Repetir do Titular <input type="checkbox"/>
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:
Tel. Res.: ( )	Tel. Com.: ( )	Celular: ( )	
E-mail:			
Será inscrito no mesmo plano do Titular? (****) ( ) Sim ( ) Não			
Caso a opção não seja o mesmo plano do titular, informar o plano escolhido: _____.			

Seq.	Vínculo:	Nome:	
Data de Nasc.: / /			
Nome da mãe:			
Nome do pai: (***)			
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"/>			
Possui deficiência física: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não declarado			
Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s):			
( ) deficiência visual ( ) deficiência auditiva ( ) deficiência de locomoção/motora ( ) deficiência intelectual			
Declaração de nascido vivo nº: (**)			
Endereço:			Repetir do Titular <input type="checkbox"/>
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:

Tel. Res.: ( )	Tel. Com.: ( )	Celular: ( )
E-mail:		
Será inscrito no mesmo plano do Titular? (****) ( ) Sim ( ) Não		
Caso a opção não seja o mesmo plano do titular, informar o plano escolhido: _____.		

Seq.	Vínculo:	Nome:	
Data de Nasc.: / /			
Nome da mãe:			
Nome do pai: (***)			
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"/>			
Possui deficiência física ( ) Sim ( ) Não ( ) Não declarado			
Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): ( ) deficiência visual ( ) deficiência auditiva ( ) deficiência de locomoção/motora ( ) deficiência intelectual			
Declaração de nascido vivo nº: (**)			
Endereço:			Repetir do Titular <input type="checkbox"/>
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:
Tel. Res.: ( )	Tel. Com.: ( )	Celular: ( )	
E-mail:			
Será inscrito no mesmo plano do Titular? (****) ( ) Sim ( ) Não			
Caso a opção não seja o mesmo plano do titular, informar o plano escolhido: _____.			

Seq.	Vínculo:	Nome:	
Data de Nasc.: / /			
Nome da mãe:			
Nome do pai: (***)			
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"/>			
Possui deficiência física: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não declarado			
Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): ( ) deficiência visual ( ) deficiência auditiva ( ) deficiência de locomoção/motora ( ) deficiência intelectual			
Declaração de nascido vivo nº: (**)			
Endereço:			Repetir do Titular <input type="checkbox"/>

Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:
Tel. Res.: ( )	Tel. Com.: ( )	Celular: ( )	
E-mail:			
Será inscrito no mesmo plano do Titular? (****) ( ) Sim ( ) Não			
Caso a opção não seja o mesmo plano do titular, informar o plano escolhido: _____.			

Seq.	Vínculo:	Nome:	
Data de Nasc.: / /			
Nome da mãe:			
Nome do pai: (***)			
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"/>			
Possui deficiência física ( ) Sim ( ) Não ( ) Não declarado			
Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): ( ) deficiência visual ( ) deficiência auditiva ( ) deficiência de locomoção/motora ( ) deficiência intelectual			
Declaração de nascido vivo nº: (**)			
Endereço:			Repetir do Titular <input type="checkbox"/>
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:
Tel. Res.: ( )	Tel. Com.: ( )	Celular: ( )	
E-mail:			
Será inscrito no mesmo plano do Titular? (****) ( ) Sim ( ) Não			
Caso a opção não seja o mesmo plano do titular, informar o plano escolhido: _____.			

#### 4. GRUPO FAMILIAR

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

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

(\*\*\*) Preenchimento não obrigatório, utilizado para casos de beneficiário recém-nascido com pai beneficiário de plano GEAP, para efeitos de obtenção da isenção do cumprimento dos períodos de carência nos primeiros 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

(\*\*\*\*) Condição permitida de acordo com as regras do convênio com o patrocinador

Inscrição:		Nome:	
Data de Nasc.        /        /		Vínculo:	
Nome da mãe:			
Nome do pai: (***)			
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"/>			
Possui Deficiência Física? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não declarado			
Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): ( ) deficiência visual ( ) deficiência auditiva ( ) deficiência de locomoção/motora ( ) deficiência intelectual			
Declaração de nascido vivo nº (**)			
Endereço:			Repetir do Titular <input type="checkbox"/>
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:
Tel. Res.: ( )	Tel. Com.: ( )	Celular: ( )	
E-mail:			
Será inscrito no mesmo plano do Titular? (****) ( ) Sim ( ) Não			
Caso a opção não seja o mesmo plano do titular, informar o plano escolhido: _____.			

Inscrição:		Nome:	
Data de Nasc.        /        /		Vínculo:	
Nome da mãe:			
Nome do pai: (***)			
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"/>			
Possui Deficiência Física? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não declarado			
Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): ( ) deficiência visual ( ) deficiência auditiva ( ) deficiência de locomoção/motora ( ) deficiência intelectual			
Declaração de nascido vivo nº (**)			
Endereço:			Repetir do Titular <input type="checkbox"/>
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:
Tel. Res.: ( )	Tel. Com.: ( )	Celular: ( )	
E-mail:			
Será inscrito no mesmo plano do Titular? (****) ( ) Sim ( ) Não			
Caso a opção não seja o mesmo plano do titular, informar o plano escolhido: _____.			

Inscrição:	Nome:		
Data de Nasc. / /	Vínculo:		
Nome da mãe:			
Nome do pai: (***)			
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"/>			
Possui Deficiência Física? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não declarado			
Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): ( ) deficiência visual ( ) deficiência auditiva ( ) deficiência de locomoção/motora ( ) deficiência intelectual			
Declaração de nascido vivo nº (**)			
Endereço:			Repetir do Titular <input type="checkbox"/>
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:
Tel. Res.: ( )	Tel. Com.: ( )	Celular: ( )	
E-mail:			
Será inscrito no mesmo plano do Titular? (****) ( ) Sim ( ) Não			
Caso a opção não seja o mesmo plano do titular, informar o plano escolhido: _____.			

## 5. CONSENTIMENTO DO (A) TITULAR

Autorizo o (a) Sr. (a) \_\_\_\_\_, portador (a) do RH nº \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_, residente à \_\_\_\_\_ na cidade \_\_\_\_\_, UF: \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_, Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_, a obter informações acerca de qualquer aspecto relacionado o 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, para o plano escolhido, e, conseqüentemente, me comprometo a pagar as contribuições mensais e coparticipações dos planos, dos quais sou responsável, na forma seguinte:

I - Consignação em Folha de Pagamento, cuja autorização resta materializada expressamente pela assinatura deste termo:

a) Contribuição mensal para o plano escolhido, relativa à minha inscrição e a do(s) meu(s) dependente(s), de acordo com os valores vigentes e estabelecidos pelo Conselho de Administração da GEAP Autogestão em Saúde;

- 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, com exceção dos planos GEAP Referência Vida e GEAP Saúde Vida, nos quais não há previsão de cobrança de participação;
- c) Parcelas de contribuição ou participação em atraso, por ventura, identificadas(s).
- d) Caso a arrecadação prevista nos incisos a, b e c não possa ser efetuada em folha de pagamento, por ausência de margem consignável ou outro motivo que impeça o desconto, a cobrança será realizada mediante título de cobrança bancária – TCB, débito em conta corrente, ou qualquer outro meio hábil e idôneo de cobrança, observados os termos do item II.

II - Título de cobrança bancária – TCB ou débito em conta corrente: (alíneas “a” e “b”)

- 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 GEAP Autogestão em Saúde;
- b) Participação no custeio dos serviços utilizados pelo beneficiário pertencente ao Grupo Familiar relacionado (s) no item 4 deste Termo, com exceção do grupo familiar inscrito nos planos GEAP Referência Vida e GEAP Saúde Vida, nos quais não há previsão de cobrança de participação.
- c) Contribuição ou participação, que porventura, não tenha sido consignada em Folha de Pagamento, por falta de margem consignável ou qualquer outro motivo que impeça o desconto em folha.
- d) A cobrança prevista nas alíneas a, b e c, poderá ser realizada por meio de débito em conta corrente, junto aos bancos credenciados, com vencimento dia 10 (dez) do mês, podendo ser prorrogada para o próximo dia útil.
- e) O vencimento do TCB, para as situações previstas nas alíneas a e b será dia 10 (dez) do mês, podendo ser prorrogada para o próximo dia útil.
- f) Na situação prevista no item c, o TCB terá o vencimento até o dia 20 (vinte) do mês da consignação.

6.2. Declaro ter ciência de que a inscrição ao plano, somente será efetivada para fins de direito, inclusive de carência, quando apresentada este termo na Gerência Regional da GEAP Autogestão em Saúde, nos prazos definidos no Convênio por Adesão celebrado entre a operadora e a patrocinadora/conveniada.

## 7. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

7.1. Será fornecido, ao beneficiário, seus dependentes e grupo familiar, um Cartão de Identificação do Beneficiário - CIB, cuja apresentação é obrigatória, juntamente com documento oficial de identidade, para utilização da cobertura assistencial oferecida pelo plano.

7.2. Caso o beneficiário não esteja munido do Cartão de Identificação do Beneficiário – CIB, o atendimento será liberado, mediante apresentação da declaração de atendimento provisória disponibilizada pela GEAP, juntamente com documento oficial de identidade.

7.3. A declaração a que se refere o item anterior estará disponível por meio da página da GEAP na internet, 0800 728 8300 ou ainda nos atendimentos presenciais.

7.4. O beneficiário deverá utilizar a Declaração de Atendimento entregue pela GEAP até o recebimento do Cartão de Identificação do Beneficiário – CIB.

7.5. Ocorrendo extravio do Cartão de Identificação do Beneficiário - CIB, o fato deve ser comunicado imediatamente à Central de Atendimento da GEAP Autogestão em Saúde pelo número 0800 728 8300, ou à Gerência Regional, para que seja solicitada a emissão de novo cartão.

7.6. A GEAP Autogestão em Saúde cobrará do beneficiário o custo correspondente à emissão de 2ª via do cartão, exceto em caso de erro de impressão ou extravio da via anterior.

7.7. É de inteira responsabilidade do beneficiário a utilização e a conservação do cartão de identificação, sendo ele de uso pessoal e intransferível.

7.8. A utilização indevida do cartão do beneficiário poderá acarretar aplicação das penalidades previstas no regulamento do plano.

## 8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

I - Comprometo-me a comunicar à GEAP Autogestão em Saúde qualquer evento que implique em perda do meu direito e/ou de meus dependentes e beneficiários do grupo familiar inscritos no plano, 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 a 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 – Comprometo-me, após a perda do vínculo com a patrocinadora, a comparecer no RH do órgão ou na Gerência Regional da GEAP, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data da perda do vínculo funcional, para optar pelo direito de manutenção no plano na condição de beneficiário autopatrocinado, na forma do art. 12 da Resolução Normativa/ANS N.º 279/2011.**

III - O cancelamento da inscrição a pedido do titular será realizado após a apresentação de formulário específico, considerando as situações abaixo:

- a) Formulário específico de cancelamento voluntário, conforme modelo da operadora, à unidade de recursos humanos do órgão ou entidade a que estiver vinculado ou em que tiver exercício, no caso de titular vinculado a patrocinadora/conveniada; ou
- b) Formulário específico de cancelamento voluntário, conforme modelo da operadora, à Gerência Regional da GEAP Autogestão em Saúde mais próxima, no caso de titular não vinculado a conveniada/patrocinador e para o grupo familiar.

IV - Nas situações previstas no item III, o titular se obriga a devolver à GEAP Autogestão em Saúde o CIB – Cartão de Identificação de Beneficiário, seu e de seus dependentes/grupo familiar;

V - Recebi o Estatuto da GEAP Autogestão em Saúde e o regulamento do plano, e tenho conhecimento que, 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 estão disponíveis no endereço eletrônico: [www.geap.com.br](http://www.geap.com.br).

VI - Tenho conhecimento de que cumprirei, assim como meus dependentes e beneficiários do grupo familiar, os períodos de carência estabelecidos no regulamento do plano, sendo que, durante esse período, somente serão autorizados atendimentos de urgência e emergência;

VII - Manterei o meu endereço e de meus dependentes e beneficiários do grupo familiar sempre atualizados junto a GEAP Autogestão em Saúde;

VIII - Tenho conhecimento e assumo o compromisso de pagar as contribuições de que trata o inciso I e II do item 6 deste Termo, por meio de Título de Cobrança Bancária emitido pela GEAP Autogestão em Saúde, no caso em que não for possível a consignação de tais débitos em folha de pagamento;

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

X - Tenho conhecimento de que as contribuições para o plano serão atualizadas com base em estudos atuariais, observando-se a legislação que trata a matéria.

XI – Tenho conhecimento de que o plano GEAP Para Você garante assistência conforme abrangência geográfica, área de atuação e em rede específica.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local Data Assinatura do Titular

**Exclusivo da GEAP**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local Data Assinatura do Empregado GEAP

**Exclusivo da Patrocinadora**

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local Data

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 Autogestão em Saúde.
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 Autogestão em Saúde 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

\_\_\_\_\_  
Titular

## Autorização para débito em conta corrente - Grupo familiar

### Autorização para débito em conta corrente

NOME BENEFICIÁRIO DO 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 Autogestão em Saúde.
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 Autogestão em Saúde 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

\_\_\_\_\_

Titular