

Planos de Abrangência Nacional

GEAP SAÚDE II
Registro ANS: 458004084

GEAP REFERENCIA
Registro ANS: 455830078

GEAPESSENCIAL
Registro ANS: 455835079

GEAP SAÚDE VIDA
Registro ANS: 473881151

GEAP REFERENCIA VIDA
Registro ANS: 473880152

GEAPCLASSICO
Registro ANS: 456093071

SERVIDOR MARCA O PLANO ESCOLHIDO.

Planos de Abrangência Estadual

GEAP Para Você AM
Registro ANS: 479209/17-2

GEAP Para Você MG
Registro ANS: 481242/18-5

GEAP Para Você PB
Registro ANS: 481293/18-2

GEAP Para Você RS
Registro ANS: 481240/18-9

GEAP Para Você DF
Registro ANS: 479208/17-4

GEAP Para Você MS
Registro ANS: 481241/18-7

GEAP Para Você PE
Registro ANS: 479210/17-6

GEAP Para Você ES
Registro ANS: 479207/17-6

GEAP Para Você MT
Registro ANS: 481492/18-4

GEAP Para Você PR
Registro ANS: 481239/18-5

GEAP Para Você SC
Registro ANS: 479206/17-8

GEAP Para Você GO
Registro ANS: 481238/18-7

GEAP Para Você PA
Registro ANS: 481243/18-3

GEAP Para Você RJ
Registro ANS: 481246/18-8

TITULAR REALIZA O PREENCHIMENTO DE SEUS DADOS PESSOAIS.

1. TITULAR

Eu, _____, CPF _____, RG: _____, Órgão expedidor: _____, Data da emissão: ____/____/____, Nome da Mãe: _____, Endereço _____, Cidade: _____ Estado(UF): _____ CEP: _____, Telefone(fixo): ____/____, Telefone(celular): ____/____, E-mail: _____, Solicito à GEAP Autogestão em Saúde o retorno ao Plano _____, do (s) Beneficiário (s): Titular, Dependente, Beneficiário(a) Familiar, estando ciente das regras específicas da condição de retorno que se enquadrar(em).

INFORMA QUAIS DEPENDENTES/GRUPO FAMILIAR (AGREGADO) DESEJA RETORNAR AO PLANO.

2. DEPENDENTES/GRUPO FAMILIAR

Nome: _____, CPF _____, RG: _____, Órgão expedidor: _____, Data da emissão: ____/____/____, Nome da Mãe: _____, Endereço _____, Cidade: _____ Estado(UF): _____ CEP: _____, Telefone(fixo): ____/____, Telefone(celular): ____/____, E-mail _____, Retorna como: Dependente Grupo Familiar, *Mesmo plano do Titular? Sim Não, Caso negativo, o retorno será para o plano: _____.

*Caso essa situação seja permitida no convênio celebrado com o órgão patrocinador

Nome: _____, CPF _____, RG: _____, Órgão expedidor: _____, Data da emissão: ____/____/____, Nome da Mãe: _____, Endereço _____, Cidade: _____ Estado(UF): _____ CEP: _____, Telefone(fixo): ____/____, Telefone(celular): ____/____, E-mail _____, Retorna como: Dependente Grupo Familiar, *Mesmo plano do Titular? Sim Não, Caso negativo, o retorno será para o plano: _____.

*Caso essa situação seja permitida no convênio celebrado com o órgão patrocinador

Nome: _____, CPF _____,
RG: _____, Órgão expedidor: _____, Data da emissão: ____/____/____, Nome da Mãe: _____
_____, Endereço _____
_____, Cidade: _____ Estado(UF): _____ CEP: _____, Telefone(fixo): ____/____
Telefone(celular): ____/____, E-mail _____.

Retorna como: Dependente Grupo Familiar

*Mesmo plano do Titular? Sim Não

Caso negativo, o retorno será para o plano: _____.

*Caso essa situação seja permitida no convênio celebrado com o órgão patrocinador

Nome: _____, CPF _____,
RG: _____, Órgão expedidor: _____, Data da emissão: ____/____/____, Nome da Mãe: _____
_____, Endereço _____
_____, Cidade: _____ Estado(UF): _____ CEP: _____, Telefone(fixo): ____/____
Telefone(celular): ____/____, E-mail _____.

Retorna como: Dependente Grupo Familiar

*Mesmo plano do Titular? Sim Não

Caso negativo, o retorno será para o plano: _____.

*Caso essa situação seja permitida no convênio celebrado com o órgão patrocinador

Nome: _____, CPF _____,
RG: _____, Órgão expedidor: _____, Data da emissão: ____/____/____, Nome da Mãe: _____
_____, Endereço _____
_____, Cidade: _____ Estado(UF): _____ CEP: _____, Telefone(fixo): ____/____
Telefone(celular): ____/____, E-mail _____.

Retorna como: Dependente Grupo Familiar

*Mesmo plano do Titular? Sim Não

Caso negativo, o retorno será para o plano: _____.

*Caso essa situação seja permitida no convênio celebrado com o órgão patrocinador

Nome: _____, CPF _____,
RG: _____, Órgão expedidor: _____, Data da emissão: ____/____/____, Nome da Mãe: _____
_____, Endereço _____
_____, Cidade: _____ Estado(UF): _____ CEP: _____, Telefone(fixo): ____/____
Telefone(celular): ____/____, E-mail _____.

Retorna como: Dependente Grupo Familiar

*Mesmo plano do Titular? Sim Não

Caso negativo, o retorno será para o plano: _____.

*Caso essa situação seja permitida no convênio celebrado com o órgão patrocinador

Obs1.: Se necessário, utilize o verso do formulário para complementar a lista de Dependentes/Grupo Familiar.
Obs2: Para inclusão de beneficiário no grupo Familiar no plano GEAP Família, utilizar formulário de retorno específico do plano.

Condição de Retorno: No caso de dúvidas na opção de retorno, orientar o servidor a procurar a GEAP, através Central Nacional de Teleatendimento (0800 728 8300), WhatsApp (61) 93300-7230, Chat Online (Site e App Geap Saúde) e/ou Atendimento Presencial da GEAP – Macapá.

Condição de Retorno:	Resumo
<input type="checkbox"/> REINGRESSO	<p>1 – O plano autoriza o reingresso do titular e seus beneficiários, nas condições estabelecidas no Regulamento do plano, que declaro estar ciente neste ato.</p> <p>2 – Não poderão reingressar no plano:</p> <p>I - O beneficiário cuja inscrição tenha sido cancelada por uso indevido;</p> <p>II - O Titular que tenha sido demitido ou cujo contrato de trabalho tiver sido rescindido por justa causa.</p> <p>3 – Considera-se reingresso o retorno do beneficiário ao plano, desde que não esteja enquadrado ou não opte pela situação de REGULARIZAÇÃO, observando-se também o disposto nos itens 1 e 2 acima.</p> <p>4 – Será computada a contagem de 1 (um) quantitativo de cancelamento a cada REINGRESSO, considerando o motivo do cancelamento definido no normativo do plano.</p> <p>5 – Os REINGRESSOS poderão ser precedidos do cumprimento de novos períodos de carências, conforme o disposto no regulamento do plano.</p> <p>6 – Tendo havido utilização dos serviços por parte dos beneficiários durante o período em que estiveram cancelados, o uso será considerado indevido sendo seu valor cobrado integralmente.</p>
<input type="checkbox"/> REGULARIZAÇÃO	<p>1 – Considera-se regularização, o retorno do beneficiário ao plano na mesma condição em que se encontrava até a ocorrência do cancelamento, enquadrando-se nesta situação, aqueles que retornarem no prazo máximo de 60 dias do cancelamento, desde que as contribuições mensais, bem como os <i>per capita</i>s vencidos, não se configurando valores pendentes para pagamento até a data do retorno.</p> <p>2 – Não será permitida a REGULARIZAÇÃO da inscrição após o prazo de 60 dias do cancelamento, nem o pagamento das competências às quais o (s) beneficiário (s) permaneceram sem direito de uso, enquadrando-se, no caso, na situação de REINGRESSO.</p>

Para o **RETORNO** da inscrição é obrigatória a autorização de inscrição pela patrocinadora/conveniada no verso deste formulário, em se tratando de pensionista, titular e dependentes. Caso a patrocinadora/conveniada não se disponha a pagar os *per capita*s em atraso, eu, signatário desta, me comprometo a assumir os valores de *per capita*s em aberto.

Estou ciente que mantereí o meu endereço e de meus dependentes e beneficiários do grupo familiar sempre atualizado junto a GEAP Autogestão em Saúde.

Obs: Mais detalhes sobre regras de Regularização/Reingresso e carências podem ser obtidos junto ao SAC 0800 728 8300, ou através da Gerência Estadual da GEAP.

	MACAPÁ	DATA DO ENVIO ORGÃO. XX/XX/XXXX
SERVIDOR DEVE ASSINAR CONFORME DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO.	_____ de _____ de _____	
Titular	Assinatura do funcionário da GEAP Autogestão em Saúde	

4. CONSENTIMENTO DO (A) TITULAR

SERVIDOR PODE AUTORIZAR ALGUÉM PARA OBTER INFORMAÇÕES DE SEU PLANO DE SAÚDE GEAP.

Autorizo o (a) Sr. (a) _____, portador (a) do RH nº _____, CPF: _____, residente à _____ na cidade de _____, UF: _____, telefone: (____) _____ Email: _____, a obter informações acerca de qualquer aspecto relacionado o plano de saúde no qual estou inscrito.

Local _____ Data _____ Assinatura do Titular _____

IFAP – Preenche os campos abaixo, autorização do retorno ao plano de saúde GEAP do servidor.

AUTORIZAÇÃO DA PATROCINADORA/CONVENIADA

Autorizo o retorno do (a) servidor (a) e/ou do (s) seu (s) dependente (s) informado (s) no anverso deste formulário, em virtude do cancelamento ocorrido em _____ / _____ / _____.

DATA DA AUTORIZAÇÃO
XX/XX/XXXX

de _____ de _____

Pode conter assinatura digital conforme ofício.

Assinatura e carimbo do autorizador da patrocinadora/conveniada

IFAP – Preenche os campos abaixo, se o RETORNO do servidor for na opção de REGULARIZAÇÃO, até 60 dias.

Em se tratando de **REGULARIZAÇÃO** em virtude da suspensão do pagamento da contribuição mensal do(s) *per capita*(s) no(s) mês(es) de _____ / _____, _____ / _____ em que o(a) servidor(a)

_____ e seu(s) dependentes esteve/estiveram cancelados no plano, autorizo a GEAP Autogestão em Saúde a incluir na próxima fatura o(s) valor(es) referente(s) ao(s) *per capita*(s) citado(s).

DATA DA AUTORIZAÇÃO
XX/XX/XXXX

de _____ de _____.

Pode conter assinatura digital conforme ofício.

Assinatura e carimbo do autorizador da patrocinadora/conveniada



www.geap.com.br

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. Qualquer alteração ou inclusão de dados deverá ser participada por mim com antecedência mínima de 30 dias.
4. 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

Via do (a) Beneficiário (a)

Beneficiário(a)

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. Qualquer alteração ou inclusão de dados deverá ser participada por mim com antecedência mínima de 30 dias.
4. 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

Via do (a) Beneficiário (a)

Beneficiário(a)