



Inscrição:  
(uso da GEAP)

**1. DADOS PESSOAIS DO TITULAR**

Nome		Data de Nasc. / /	
Nome da mãe			
RG nº	Órgão expedidor		Data de 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: ( )	
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"/>	
<input type="checkbox"/> Autoriza o envio de SMS/e-mail marketing			

**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"/>
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 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"/>	
Declaração de nascido vivo nº (**)			
Endereço			Repetir 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 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"/>				
Declaração de nascido vivo nº (**)				
Endereço			Repetir 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 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"/>				
Declaração de nascido vivo nº (**)				
Endereço			Repetir 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 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"/>				
Declaração de nascido vivo nº (**)				
Endereço			Repetir 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 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"/>				
Declaração de nascido vivo nº (**)				
Endereço			Repetir do Titular <input type="checkbox"/>	
Bairro	Cidade	UF	CEP	
Tel. Res.: ( )		Tel. Com.: ( )		Celular: ( )

## 4. CONSENTIMENTO DO (A) TITULAR

Autorizo o (a) Sr. (a) \_\_\_\_\_, portador (a) da Identidade nº \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_, residente à \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, UF: \_\_\_\_\_, telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_, a obter informações acerca de qualquer aspecto relacionado ao plano de saúde no qual estou inscrito.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Titular

## 5. ADESÃO

5.1. 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) relacionados nos itens 3 deste Termo, especificamente para o plano **GEAPSaúde II**, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o número **458.004/08-4** e, conseqüentemente, me comprometo a pagar as contribuições mensais e coparticipações do plano, na forma seguinte:

### I - Consignação em Folha de Pagamento:

- Contribuição mensal para o plano **GEAPSaúde II**, relativa a minha inscrição e a do (s) meu (s) Dependente (s), de acordo com os valores vigentes e estabelecidos pelo Conselho de Administração da Fundação;
- 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; e
- Parcelas de contribuição ou participação em atraso, por ventura, identificada(s).

### II - Título de Cobrança Bancária:

- Contribuição ou participação, porventura, não consignada em Folha de Pagamento, por falta de margem consignável ou qualquer outro motivo.

5.2. Declaro ter ciência de que a inscrição ao plano **GEAPSaúde II** somente será efetivada para fins de direito, inclusive de carência, quando apresentado este termo na Gerência Regional da GEAP no Estado, nos prazos definidos no Convênio por Adesão celebrado com a Patrocinadora.

## 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 meu (s) Dependentes inscrito (s) no plano **GEAPSaúde II**, 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 **GEAPSaúde II**, 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 meu (s) Dependentes inscrito (s), os períodos de carência estabelecidos no Regulamento do plano **GEAPSaúde II**, sendo que, durante esse período, somente serão autorizados atendimentos de urgência e emergência;



IV - Mantereí o meu endereço e de meus Dependentes e Grupo Familiar sempre atualizados junto a essa Fundação;

V - Tenho conhecimento e assumo o compromisso de pagar as contribuições e participações de que trata o inciso II, subitem 4.1., item 4 deste Termo, por meio de Título de Cobrança Bancária - TCB 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 para o plano **GEAPSaúde II** serão atualizadas com base em estudos atuariais, observando-se a legislação que trata a matéria; e

VII - Tenho ciência que o não pagamento das contribuições ou participações mensais poderá acarretar o cancelamento da inscrição e 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 neste documento.

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

AUTORIZADOR	
Assinatura e Carimbo	Matrícula