

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: ()	
E-mail			

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: ()			
E-mail					

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: ()			
E-mail					

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: ()			
E-mail					

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: ()	
E-mail					

4. GRUPO FAMILIAR

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

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

Inscrição:	Nome				
Data de Nasc. / /		Vínculo	Nome da mãe		
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"/>					
Declaração de nascido vivo nº (**)					
Endereço					Repetir do Titular <input type="checkbox"/>
Bairro		Cidade	UF	CEP	
Tel. Res.: ()		Tel. Com.: ()		Celular: ()	
E-mail					

Inscrição:	Nome				
Data de Nasc. / /		Vínculo	Nome da mãe		
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"/>					
Declaração de nascido vivo nº (**)					
Endereço					Repetir do Titular <input type="checkbox"/>
Bairro		Cidade	UF	CEP	
Tel. Res.: ()		Tel. Com.: ()		Celular: ()	
E-mail					

Inscrição:		Nome			
Data de Nasc. / /		Vínculo		Nome da mãe	
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"/>					
Declaração de nascido vivo nº (**)					
Endereço				Repetir do Titular <input type="checkbox"/>	
Bairro		Cidade		UF	CEP
Tel. Res.: ()		Tel. Com.: ()		Celular: ()	
E-mail					

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 Grupo Familiar relacionados nos itens 3 e 4 deste Termo, respectivamente, especificamente para o plano **GEAPEssencial**, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o número **455.835/07-9** 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 **GEAPEssencial**, relativa a minha inscrição e a dos meus Dependentes, de acordo com os valores vigentes e estabelecidos pelo Conselho de Administração 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 valores vigentes, estabelecidos pelo Conselho de Administração da Fundação; e
- Parcelas de contribuição ou participação em atraso, por ventura, identificadas.

II - Título de Cobrança Bancária:

- Contribuição individual dos Agregados relacionados no item 4 deste Termo, de acordo com os valores vigentes e estabelecidos pelo Conselho de Administração da Fundação*;
- Participação no custeio dos serviços utilizados pelos meus Grupo Familiar 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 consignada 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 **GEAPEssencial** 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 **GEAPEssencial**, 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 **GEAPEssencial**, 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 Grupo Familiar, os períodos de carência estabelecidos no Regulamento do plano **GEAPEssencial**, sendo que, durante esse período, somente serão autorizados atendimentos de urgência e emergência;

IV - Manterei 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 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 para o plano **GEAPEssencial** 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 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 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.
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 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.
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