TERMO DE ADESÃO AO GEAPSAÚDE II

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. ☐	Fem. ☐	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) ☐	Branco(a) ☐	Indígena ☐	Pardo(a) ☐	Preto(a) ☐
☐ 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 ☐ APOSENTADO ☐ CARGO EM COMISSÃO ☐ REQUISITADO ☐ CEDIDO ☐ PENSIONISTA ☐		
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. ☐ Fem. ☐	Situação Normal ☐ Inválido ☐
Raça Amarelo(a) ☐	Branco(a) ☐	Indígena ☐	Pardo(a) ☐ Preto(a) ☐
Declaração de nascido vivo nº (**)			
Endereço			Repetir do Titular ☐
Bairro	Cidade	UF	CEP
Tel. Res.: ( )	Tel. Com.: ( )	Celular: ( )	

TERMO DE ADESÃO AO GEAPSAÚDE II

Seq.	Vínculo	Nome		
Data de Nasc. / /		Nome da mãe		
CPF (*)	RG nº (*)	Órgão Expedidor (*)	Data de Emissão / /	
CNS	Estado Civil	Sexo: Masc. ☐ Fem. ☐	Situação Normal ☐ Inválido ☐	
Raça Amarelo(a) ☐ Branco(a) ☐ Indígena ☐ Pardo(a) ☐ Preto(a) ☐				
Declaração de nascido vivo nº (**)				
Endereço			Repetir do Titular ☐	
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. ☐ Fem. ☐	Situação Normal ☐ Inválido ☐	
Raça Amarelo(a) ☐ Branco(a) ☐ Indígena ☐ Pardo(a) ☐ Preto(a) ☐				
Declaração de nascido vivo nº (**)				
Endereço			Repetir do Titular ☐	
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. ☐ Fem. ☐	Situação Normal ☐ Inválido ☐	
Raça Amarelo(a) ☐ Branco(a) ☐ Indígena ☐ Pardo(a) ☐ Preto(a) ☐				
Declaração de nascido vivo nº (**)				
Endereço			Repetir do Titular ☐	
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. ☐ Fem. ☐	Situação Normal ☐ Inválido ☐	
Raça Amarelo(a) ☐ Branco(a) ☐ Indígena ☐ Pardo(a) ☐ Preto(a) ☐				
Declaração de nascido vivo nº (**)				
Endereço			Repetir do Titular ☐	
Bairro	Cidade	UF	CEP	
Tel. Res.: ( )	Tel. Com.: ( )	Celular: ( )		

4. ADESÃO

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

I - Consignação em Folha de Pagamento:

a) Contribuição mensal para o plano GEAPSaúde II, relativa a minha inscrição e a dos meus Dependentes, de acordo com os valores vigentes e estabelecidos pelo Conselho de Administração da Fundação;

b) 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

c) Parcelas de contribuição ou participação em atraso, por ventura, identificadas.

II - Título de Cobrança Bancária:

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

4.2. Declaro ter ciência de que a inscrição ao plano GEAPSaúde II 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.

5. TERMO DE RESPONSABILIDADE

5.1. 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 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, 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 GEAPSaúde II, sendo que, durante esse período, somente serão autorizados atendimentos de urgência e emergência;

IV - Manterei o meu endereço e de meus Dependentes 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 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 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