

1. TITULAR

Eu, _____ CPF: _____

RG: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Emissão: _____

Nome da mãe: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Celular: _____ Tel. Com.: _____ Tel. Res.: _____

E-mail Pessoal: _____

Banco: _____ Agência: _____ Nº Conta: _____ Tipo de conta: Corrente Poupança

Solicito à Geap Autogestão em Saúde a migração ao Plano: _____

Do(s) beneficiário(s):
 Titular e/ou Dependente Beneficiário(a) Familiar, conforme relacionado abaixo e estando ciente das regras específicas da condição de migração que se enquadrar(em).

Lotação: _____ Cargo: _____ Matrícula: _____

Vínculo com o sindicato: Sim Não Nome do Sindicato: _____

2. DEPENDENTES

Nome _____ Data de Nascimento: _____

Filiação 1: _____

Filiação 2: _____

RG: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Emissão: _____

CPF: _____ Sexo: Masculino Feminino Estado Civil: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Tel. Res.: _____ Tel. Com.: _____ Celular: _____

E-mail Pessoal: _____

*Mesmo plano do titular: Sim Não, se negativo informe o plano: _____

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

Nome _____ Data de Nascimento: _____

Filiação 1: _____

Filiação 2: _____

RG: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Emissão: _____

CPF: _____ Sexo: Masculino Feminino Estado Civil: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Tel. Res.: _____ Tel. Com.: _____ Celular: _____

E-mail Pessoal: _____

*Mesmo plano do titular:
 Sim Não, se negativo informe o plano: _____

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

Nome _____ Data de Nascimento: _____

Filiação 1: _____

Filiação 2: _____

RG: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Emissão: _____

CPF: _____ Sexo: Masculino Feminino Estado Civil: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Tel. Res.: _____ Tel. Com.: _____ Celular: _____

E-mail Pessoal: _____

*Mesmo plano do titular:
 Sim Não, se negativo informe o plano: _____

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

Nome _____ Data de Nascimento: _____

Filiação 1: _____

Filiação 2:

RG: Órgão Expedidor: Data de Emissão:

CPF: Sexo: Estado Civil:

 Masculino Feminino

Endereço:

Bairro: Cidade: UF: CEP:

Tel. Res.: Tel. Com.: Celular:

E-mail Pessoal:

*Mesmo plano do titular:

 Sim Não, se negativo informe o plano:

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

Nome Data de Nascimento:

Filiação 1:

Filiação 2:

RG: Órgão Expedidor: Data de Emissão:

CPF: Sexo: Estado Civil:

 Masculino Feminino

Endereço:

Bairro: Cidade: UF: CEP:

Tel. Res.: Tel. Com.: Celular:

E-mail Pessoal:

*Mesmo plano do titular:

 Sim Não, se negativo informe o plano:

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

3. GRUPO FAMILIAR

Nome Data de Nascimento:

Filiação 1:

Filiação 2:

RG: Órgão Expedidor: Data de Emissão:

CPF: Sexo: Masculino Feminino Estado Civil:

Endereço:

Bairro: Cidade: UF: CEP:

Tel. Res.: Tel. Com.: Celular:

E-mail Pessoal:

*Mesmo plano do titular:
 Sim Não, se negativo informe o plano:

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

Nome Data de Nascimento:

Filiação 1:

Filiação 2:

RG: Órgão Expedidor: Data de Emissão:

CPF: Sexo: Masculino Feminino Estado Civil:

Endereço:

Bairro: Cidade: UF: CEP:

Tel. Res.: Tel. Com.: Celular:

E-mail Pessoal:

*Mesmo plano do titular:
 Sim Não, se negativo informe o plano:

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

Nome Data de Nascimento:

Filiação 1:

Filiação 2:

RG: Órgão Expedidor: Data de Emissão:

CPF: Sexo: Masculino Feminino Estado Civil:

Endereço:

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Tel. Res.: _____ Tel. Com.: _____ Celular: _____

E-mail Pessoal: _____

*Mesmo plano do titular:
 Sim Não, se negativo informe o plano: _____

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

Nome _____ Data de Nascimento: _____

Filiação 1: _____

Filiação 2: _____

RG: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Emissão: _____

CPF: _____ Sexo: Masculino Feminino Estado Civil: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Tel. Res.: _____ Tel. Com.: _____ Celular: _____

E-mail Pessoal: _____

*Mesmo plano do titular:
 Sim Não, se negativo informe o plano: _____

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

Nome _____ Data de Nascimento: _____

Filiação 1: _____

Filiação 2: _____

RG: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Emissão: _____

CPF: _____ Sexo: Masculino Feminino Estado Civil: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Tel. Res.: _____ Tel. Com.: _____ Celular: _____

E-mail Pessoal:

*Mesmo plano do titular:

Sim Não, se negativo informe o plano:

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

Nome Data de Nascimento:

Filiação 1:

Filiação 2:

RG: Órgão Expedidor: Data de Emissão:

CPF: Sexo: Estado Civil:

Masculino Feminino

Endereço:

Bairro: Cidade: UF: CEP:

Tel. Res.: Tel. Com.: Celular:

E-mail Pessoal:

*Mesmo plano do titular:

Sim Não, se negativo informe o plano:

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

Nome Data de Nascimento:

Filiação 1:

Filiação 2:

RG: Órgão Expedidor: Data de Emissão:

CPF: Sexo: Estado Civil:

Masculino Feminino

Endereço:

Bairro: Cidade: UF: CEP:

Tel. Res.: Tel. Com.: Celular:

E-mail Pessoal:

*Mesmo plano do titular:

Sim Não, se negativo informe o plano:

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

Nome Data de Nascimento:

Filiação 1:

Filiação 2:

RG: Órgão Expedidor: Data de Emissão:

CPF: Sexo: Masculino Feminino Estado Civil:

Endereço:

Bairro: Cidade: UF: CEP:

Tel. Res.: Tel. Com.: Celular:

E-mail Pessoal:

*Mesmo plano do titular:
 Sim Não, se negativo informe o plano:

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

Nome Data de Nascimento:

Filiação 1:

Filiação 2:

RG: Órgão Expedidor: Data de Emissão:

CPF: Sexo: Masculino Feminino Estado Civil:

Endereço:

Bairro: Cidade: UF: CEP:

Tel. Res.: Tel. Com.: Celular:

E-mail Pessoal:

*Mesmo plano do titular:
 Sim Não, se negativo informe o plano:

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

Nome Data de Nascimento:

Filiação 1:

Filiação 2:

RG: Órgão Expedidor: Data de Emissão:

CPF: Sexo: Estado Civil:

 Masculino Feminino

Endereço:

Bairro: Cidade: UF: CEP:

Tel. Res.: Tel. Com.: Celular:

E-mail Pessoal:

*Mesmo plano do titular:

 Sim Não, se negativo informe o plano:

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

4. TERMO DE RESPONSABILIDADE

4.1 Pelo presente termo de Responsabilidade, declaro para todos os fins legais, que:

I - Confirmando a leitura e estou de acordo com todo o disposto no Estatuto da Geap Autogestão em Saúde, o regulamento do plano ao qual estou aderindo, a relação da rede prestadora de serviços vinculada ao meu plano, o manual de orientação para contratação de plano de saúde - MPS e o guia de leitura contratual - GLC, que estão disponíveis no endereço eletrônico da Geap: www.geap.org.br, bem como de todo o teor do Convênio por Adesão ao qual sou vinculado disponibilizado por meio do meu patrocinador.

II - Tenho conhecimento que após o meu dependente - filho(a), enteado(a), completar 21 (vinte e um) anos de idade, esse será enquadrado automaticamente como beneficiário do grupo familiar, salvo manifestação em contrário do(a) beneficiário(a) titular à Geap ou caso o(a) beneficiário(a) titular comprove os requisitos para a manutenção como dependente copatrocinado, observado o disposto no regulamento do plano ao qual estou aderindo e Convênio por Adesão ao qual estou vinculado;

III - Tenho conhecimento que após o meu dependente - filho(a), enteado(a), completar 24 (vinte e quatro) anos de idade, esse será enquadrado automaticamente como beneficiário do grupo familiar, salvo manifestação em contrário do(a) beneficiário(a) à Geap, observado o disposto no regulamento do plano ao qual estou aderindo e Convênio por Adesão ao qual estou vinculado;

Exclusivo do beneficiário

_____ / ____ / _____
Local Data Assinatura do titular

Exclusivo da Patrocinadora

Autorizamos a migração do servidor/empregado dos dependentes dos beneficiários do grupo familiar

_____ / ____ / _____
Local Data

AUTORIZADOR	
Assinatura e Carimbo	Matrícula

Exclusivo da Geap

_____ / ____ / _____
Local Data Assinatura do(a) Empregado(a) Geap