TERMO DE ADESÃO

( )Plano GEAPSaúde II	( )Plano GEAP-Referência	( )Plano GEAPEssencial	( )Plano GEAPClássico
Registro ANS n°458.004/08-4	Registro ANS n° 455.830/07-8	Registro ANS n° 455.835/07-9	Registro ANS n° 456.093/07-1

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? ( ) Sim ( ) Não			Autoriza o envio de e-mail marketing? ( ) Sim ( ) Não	

2. DADOS FUNCIONAIS DO TITULAR

Patrocinadora/Conveniada			Matrícula SIAPE
Data de Admissão / /	Lotação		Unidade Pagadora
Situação ATIVO ☐	APOSENTADO ☐	CARGO EM COMISSÃO ☐	REQUISITADO ☐ CEDIDO ☐ PENSIONISTA ☐
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: ( )		
E-mail				

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 ☐	

TERMO DE ADESÃO

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: ( )	
E-mail			

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: ( )	
E-mail			

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: ( )	
E-mail			

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: ( )	
E-mail			

TERMO DE ADESÃO

4. GRUPO FAMILIAR

Campos destinados somente para os Planos GEAPClássico, GEAPEssencial e GEAP-Referência

(*) 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. ☐ Fem. ☐	PIS/PASEP
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: ( )	
E-mail			
Autoriza o envio de SMS? ( ) Sim ( ) Não	Autoriza o envio de e-mail marketing? ( ) Sim ( ) Não		

Inscrição:	Nome		
Data de Nasc. / /	Vínculo	Nome da mãe	
CPF (*)	RG nº (*)	Órgão Expedidor (*)	Data de Emissão / /
CNS	Estado Civil	Sexo: Masc. ☐ Fem. ☐	PIS/PASEP
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: ( )	
E-mail			
Autoriza o envio de SMS? ( ) Sim ( ) Não	Autoriza o envio de e-mail marketing? ( ) Sim ( ) Não		

Inscrição:	Nome		
Data de Nasc. / /	Vínculo	Nome da mãe	
CPF (*)	RG nº (*)	Órgão Expedidor (*)	Data de Emissão / /
CNS	Estado Civil	Sexo: Masc. ☐ Fem. ☐	PIS/PASEP
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: ( )	
E-mail			
Autoriza o envio de SMS? ( ) Sim ( ) Não	Autoriza o envio de e-mail marketing? ( ) Sim ( ) Não		

TERMO DE ADESÃO

5. 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

6. ADESÃO

6.1. 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) e grupo familiar, se houver, relacionados nos itens 3 e 4 deste Termo, respectivamente, especificamente para o plano, 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, 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 GEAP Autogestão em Saúde;
b) 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
c) Parcelas de contribuição ou participação em atraso, por ventura, identificada(s).

II - Título de Cobrança Bancária: (alíneas “a” e “b”) (considerar os planos GEAPClássico, GEAPEssencial e GEAP-Referência)

a) Contribuição individual do beneficiário pertencente ao grupo familiar do (a) titular, relacionado (s) no item 4 deste Termo, de acordo com os valores vigentes e estabelecidos pelo Conselho de Administração da GEAP Autogestão em Saúde;
b) Participação no custeio dos serviços utilizados pelo beneficiário pertencente ao Grupo Familiar relacionado (s) no item 4 deste Termo;
c) A cobrança poderá ser realizada por meio de Débito em Conta Corrente informada pelo beneficiário ou Título de Cobrança bancária – TCB;
d) Contribuição ou participação, que porventura, não tenha consignada em Folha de Pagamento, por falta de margem consignável ou qualquer outro motivo.

6.2. Declaro ter ciência de que a inscrição ao plano, somente será efetivada para fins de direito, inclusive de carência, quando apresentada este termo na Gerência Regional da GEAP Autogestão em Saúde, nos prazos definidos no Convênio por Adesão celebrado entre a operadora e a patrocinadora/conveniada.

7. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

7.1. Será fornecido, ao beneficiário, seus dependentes e grupo familiar, um Cartão de Identificação do Beneficiário - CIB, cuja apresentação é obrigatória, juntamente com documento oficial de identidade, para utilização da cobertura assistencial oferecida pelo plano.

7.2. Ocorrendo extravio do Cartão de Identificação do Beneficiário - CIB, o fato deve ser comunicado imediatamente à Central de Atendimento da GEAP Autogestão em Saúde pelo número 0800 728 8300, ou à Gerência Regional, para que seja solicitada a emissão de novo cartão.

7.3. A GEAP Autogestão em Saúde cobrará do beneficiário o custo correspondente à emissão de 2ª via do cartão, exceto em caso de erro de impressão ou extravio da via anterior.

7.4. É de inteira responsabilidade do beneficiário a utilização e a conservação do cartão de identificação, sendo ele de uso pessoal e intransferível.

7.5. A utilização indevida do cartão do beneficiário poderá acarretar aplicação das penalidades previstas no regulamento do plano.

8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

8.1. Pelo presente Termo de Responsabilidade, declaro para todos os fins legais, que:

I - Comprometo-me a comunicar à GEAP Autogestão em Saúde qualquer evento que implique em perda do meu direito e/ou de meus dependentes e beneficiários do grupo familiar inscritos no plano, 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 a 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 – Comprometo-me, após a perda do vínculo com a patrocinadora, a comparecer no RH do órgão ou na Gerência Regional da GEAP, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data da perda do vínculo funcional, para optar pelo direito de manutenção no plano na condição de beneficiário autopatrocinado, na forma do art. 12 da Resolução Normativa/ANS N. º 279/2011.

III - O cancelamento da inscrição a pedido do titular será realizado após a apresentação de formulário especifico, considerando as situações abaixo:

a) Formulário específico de cancelamento voluntário, conforme modelo da operadora, à unidade de recursos humanos do órgão ou entidade a que estiver vinculado ou em que tiver exercício, no caso de titular vinculado a patrocinadora/conveniada; ou
b) Formulário específico de cancelamento voluntário, conforme modelo da operadora, à Gerência Regional da GEAP Autogestão em Saúde mais próxima, no caso de titular não vinculado a conveniada/patrocinador e para o grupo familiar.

IV - Nas situações previstas no item III, o titular se obriga a devolver à GEAP Autogestão em Saúde o CIB – Cartão de Identificação de Beneficiário, seu e de seus dependentes/grupo familiar;

IV - Recebi o Estatuto da GEAP Autogestão em Saúde e o regulamento do plano, e tenho conhecimento que, 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, estão disponíveis no endereço eletrônico: www.geap.com.br.

V - Tenho conhecimento de que cumprirei, assim como meus dependentes e beneficiários do grupo familiar, os períodos de carência estabelecidos no regulamento do plano, sendo que, durante esse período, somente serão autorizados atendimentos de urgência e emergência;

VI - Manterei o meu endereço e de meus dependentes e beneficiários do grupo familiar sempre atualizados junto a GEAP Autogestão em Saúde;

VII - Tenho conhecimento e assumo o compromisso de pagar as contribuições de que trata o inciso I e II do item 6 deste Termo, por meio de Título de Cobrança Bancária emitido pela GEAP Autogestão em Saúde, no caso em que não for possível a consignação de tais débitos em folha de pagamento;

VIII - Tenho ciência que o não pagamento das contribuições mensais poderá acarretar o cancelamento da inscrição e a inclusão do meu CPF no cadastro do SERASA.

IX - Tenho conhecimento de que as contribuições para o plano serão atualizadas com base em estudos atuariais, observando-se a legislação que trata a matéria; e

_____, _____/_____/_____ _____

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

TERMO DE ADESÃO

Banco	Nº	Agência	Nº	DV	Conta Corrente	Nº	DV

_____ , _____/_____/_____

Local Data

_____

Beneficiário(a)

via do Beneficiário

Banco	Nº	Agência	Nº	DV	Conta Corrente	Nº	DV

_____ , _____/_____/_____

Local Data

_____

Beneficiário(a)

via da GEAP