

## 1. TITULAR

Eu, \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ Data de Emissão: \_\_\_\_\_

Filiação 1: \_\_\_\_\_

Filiação 2: \_\_\_\_\_

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 regularização 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 regularização que se enquadrar(em). \_\_\_\_\_

Lotação: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

Vínculo com o sindicato:  Sim  Não Nome do Sindicato: \_\_\_\_\_

Possui deficiência?  Sim  Não Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s):  
 deficiência visual  deficiência auditiva  deficiência de locomoção/motora  deficiência intelectual  outros

Autoriza o envio de SMS Marketing?  Sim  Não Autoriza o envio de E-mail Marketing?  Sim  Não

## 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: \_\_\_\_\_

Possui deficiência?  Sim  Não Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s):  
deficiência visual deficiência auditiva deficiência de locomoção/motora deficiência intelectual outros

Autoriza o envio de SMS Marketing?  Sim  Não Autoriza o envio de E-mail Marketing?  Sim  Não

Estou de acordo com o disposto no inciso II do subitem 5.1 do item 5 deste termo:

Obs: Se o dependente for menor de 18 (dezoito) anos e/ou incapaz, necessário o preenchimento da Declaração constante no Anexo I, pelo genitor(a), tutor(a) ou curador(a) do(a) menor e/ou incapaz.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Local Data Assinatura do(a) Dependente

**\* 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: \_\_\_\_\_

Possui deficiência?  Sim  Não Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s):  
deficiência visual deficiência auditiva deficiência de locomoção/motora deficiência intelectual outros

Autoriza o envio de SMS Marketing?  Sim  Não Autoriza o envio de E-mail Marketing?  Sim  Não

Estou de acordo com o disposto no inciso II do subitem 5.1 do item 5 deste termo:

Obs: Se o dependente for menor de 18 (dezoito) anos e/ou incapaz, necessário o preenchimento da Declaração constante no Anexo I, pelo genitor(a), tutor(a) ou curador(a) do(a) menor e/ou incapaz.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Local Data Assinatura do(a) Dependente

**\* 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:

Possui deficiência?  Sim  Não Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s):  
 deficiência visual  deficiência auditiva  deficiência de locomoção/motora  deficiência intelectual  outros

Autoriza o envio de SMS Marketing?  Sim  Não Autoriza o envio de E-mail Marketing?  Sim  Não

Estou de acordo com o disposto no inciso II do subitem 5.1 do item 5 deste termo:

Obs: Se o dependente for menor de 18 (dezoito) anos e/ou incapaz, necessário o preenchimento da Declaração constante no Anexo I, pelo genitor(a), tutor(a) ou curador(a) do(a) menor e/ou incapaz.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Local Data Assinatura do(a) Dependente

\* **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:

Possui deficiência? Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s):

 Sim  Não  deficiência visual  deficiência auditiva  deficiência de locomoção/motora  deficiência intelectual  outros

Autoriza o envio de SMS Marketing?

 Sim  Não

Autoriza o envio de E-mail Marketing?

 Sim  Não

Estou de acordo com o disposto no inciso II do subitem 5.1 do item 5 deste termo:

Obs: Se o dependente for menor de 18 (dezoito) anos e/ou incapaz, necessário o preenchimento da Declaração constante no Anexo I, pelo genitor(a), tutor(a) ou curador(a) do(a) menor e/ou incapaz.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Local Data Assinatura do(a) Dependente

\* 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:

Possui deficiência? Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s):

 Sim  Não  deficiência visual  deficiência auditiva  deficiência de locomoção/motora  deficiência intelectual  outros

Autoriza o envio de SMS Marketing?

 Sim  Não

Autoriza o envio de E-mail Marketing?

 Sim  Não

Estou de acordo com o disposto no inciso II do subitem 5.1 do item 5 deste termo:

Obs: Se o dependente for menor de 18 (dezoito) anos e/ou incapaz, necessário o preenchimento da Declaração constante no Anexo I, pelo genitor(a), tutor(a) ou curador(a) do(a) menor e/ou incapaz.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Local Data Assinatura do(a) Dependente

\* 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:

Possui deficiência?  Sim  Não Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s):  
 deficiência visual  deficiência auditiva  deficiência de locomoção/motora  deficiência intelectual  outros

Autoriza o envio de SMS Marketing?  Sim  Não Autoriza o envio de E-mail Marketing?  Sim  Não

Titular responsável financeiro por este beneficiário familiar(\*\*):  
 Sim  Não

Estou de acordo com o disposto no inciso II do subitem 5.1 do item 5 deste termo:

Obs: Se o beneficiário do grupo familiar for menor de 18 (dezoito) anos e/ou incapaz, necessário o preenchimento da Declaração constante no Anexo I, pelo genitor(a), tutor(a) ou curador(a) do(a) menor e/ou incapaz.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Local Data Assinatura do(a) Beneficiário(a) do Grupo Familiar

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

\*\* **Nos casos em que o titular não se responsabilizar financeiramente pelos beneficiários do grupo familiar, favor observar o que dispõe o ANEXO II deste formulário.**

Nome  Data de Nascimento:

Filiação 1:

Filiação 2:

RG:  Órgão Expedidor:  Data de Emissão:

CPF:  Sexo:  Masculino  Feminino Estado Civil:

Endereço:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

UF:

CEP:

Tel. Res.:

Tel. Com.:

Celular:

E-mail Pessoal:

\*Mesmo plano do titular:

Sim  Não, se negativo informe o plano:

Possui deficiência?

Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s):

Sim  Não |  deficiência visual  deficiência auditiva  deficiência de locomoção/motora  deficiência intelectual  outros

Autoriza o envio de SMS Marketing?

Sim  Não

Autoriza o envio de E-mail Marketing?

Sim  Não

Titular responsável financeiro por este beneficiário familiar(\*\*):

Sim  Não

Estou de acordo com o disposto no inciso II do subitem 5.1 do item 5 deste termo:

Obs: Se o beneficiário do grupo familiar for menor de 18 (dezoito) anos e/ou incapaz, necessário o preenchimento da Declaração constante no Anexo I, pelo genitor(a), tutor(a) ou curador(a) do(a) menor e/ou incapaz.

Local

Data

Assinatura do(a) Beneficiário(a) do Grupo Familiar

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

\*\* **Nos casos em que o titular não se responsabilizar financeiramente pelos beneficiários do grupo familiar, favor observar o que dispõe o ANEXO II deste formulário.**

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:

Possui deficiência?

Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s):

Sim  Não |  deficiência visual  deficiência auditiva  deficiência de locomoção/motora  deficiência intelectual  outros

Autoriza o envio de SMS Marketing?

Sim  Não

Autoriza o envio de E-mail Marketing?

Sim  Não

Titular responsável financeiro por este beneficiário familiar(\*\*):

Sim  Não

Estou de acordo com o disposto no inciso II do subitem 5.1 do item 5 deste termo:

Obs: Se o beneficiário do grupo familiar for menor de 18 (dezoito) anos e/ou incapaz, necessário o preenchimento da Declaração constante no Anexo I, pelo genitor(a), tutor(a) ou curador(a) do(a) menor e/ou incapaz.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Local Data Assinatura do(a) Beneficiário(a) do Grupo Familiar

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:

Possui deficiência? Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s):  
 Sim  Não |  deficiência visual  deficiência auditiva  deficiência de locomoção/motora  deficiência intelectual  outros

Autoriza o envio de SMS Marketing? Autoriza o envio de E-mail Marketing?  
 Sim  Não |  Sim  Não

Titular responsável financeiro por este beneficiário familiar(\*\*):  
 Sim  Não

Estou de acordo com o disposto no inciso II do subitem 5.1 do item 5 deste termo:

Obs: Se o beneficiário do grupo familiar for menor de 18 (dezoito) anos e/ou incapaz, necessário o preenchimento da Declaração constante no Anexo I, pelo genitor(a), tutor(a) ou curador(a) do(a) menor e/ou incapaz.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Local Data Assinatura do(a) Beneficiário(a) do 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: \_\_\_\_\_

Possui deficiência?  Sim  Não Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s):  
 deficiência visual  deficiência auditiva  deficiência de locomoção/motora  deficiência intelectual  outros

Autoriza o envio de SMS Marketing?  Sim  Não Autoriza o envio de E-mail Marketing?  Sim  Não

Titular responsável financeiro por este beneficiário familiar(\*\*):  
 Sim  Não

Estou de acordo com o disposto no inciso II do subitem 5.1 do item 5 deste termo:

Obs: Se o beneficiário do grupo familiar for menor de 18 (dezoito) anos e/ou incapaz, necessário o preenchimento da Declaração constante no Anexo I, pelo genitor(a), tutor(a) ou curador(a) do(a) menor e/ou incapaz.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Local Data Assinatura do(a) Beneficiário(a) do Grupo Familiar

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

\*\* **Nos casos em que o titular não se responsabilizar financeiramente pelos beneficiários do grupo familiar, favor observar o que dispõe o ANEXO II deste formulário.**

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: \_\_\_\_\_

Possui deficiência?  Sim  Não Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s):  
 deficiência visual  deficiência auditiva  deficiência de locomoção/motora  deficiência intelectual  outros

Autoriza o envio de SMS Marketing?  Sim  Não Autoriza o envio de E-mail Marketing?  Sim  Não



Titular responsável financeiro por este beneficiário familiar(\*\*):

Sim  Não

Estou de acordo com o disposto no inciso II do subitem 5.1 do item 5 deste termo:

Obs: Se o beneficiário do grupo familiar for menor de 18 (dezoito) anos e/ou incapaz, necessário o preenchimento da Declaração constante no Anexo I, pelo genitor(a), tutor(a) ou curador(a) do(a) menor e/ou incapaz.

Local

Data

Assinatura do(a) Beneficiário(a) do Grupo Familiar

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

**\*\* Nos casos em que o titular não se responsabilizar financeiramente pelos beneficiários do grupo familiar, favor observar o que dispõe o ANEXO II deste formulário.**

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:

Possui deficiência? Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s):

Sim  Não  deficiência visual  deficiência auditiva  deficiência de locomoção/motora  deficiência intelectual  outros

Autoriza o envio de SMS Marketing?

Sim  Não

Autoriza o envio de E-mail Marketing?

Sim  Não

Titular responsável financeiro por este beneficiário familiar(\*\*):

Sim  Não

Estou de acordo com o disposto no inciso II do subitem 5.1 do item 5 deste termo:

Obs: Se o beneficiário do grupo familiar for menor de 18 (dezoito) anos e/ou incapaz, necessário o preenchimento da Declaração constante no Anexo I, pelo genitor(a), tutor(a) ou curador(a) do(a) menor e/ou incapaz.

Local

Data

Assinatura do(a) Beneficiário(a) do Grupo Familiar

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

**\*\* Nos casos em que o titular não se responsabilizar financeiramente pelos beneficiários do grupo familiar, favor observar o que dispõe o ANEXO II deste formulário.**

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:

Possui deficiência? Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s):

 Sim  Não  deficiência visual  deficiência auditiva  deficiência de locomoção/motora  deficiência intelectual  outros

Autoriza o envio de SMS Marketing?

 Sim  Não

Autoriza o envio de E-mail Marketing?

 Sim  Não

Titular responsável financeiro por este beneficiário familiar(\*\*):

 Sim  Não

Estou de acordo com o disposto no inciso II do subitem 5.1 do item 5 deste termo:

Obs: Se o beneficiário do grupo familiar for menor de 18 (dezoito) anos e/ou incapaz, necessário o preenchimento da Declaração constante no Anexo I, pelo genitor(a), tutor(a) ou curador(a) do(a) menor e/ou incapaz.

Local

Data

Assinatura do(a) Beneficiário(a) do Grupo Familiar

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

\*\* Nos casos em que o titular não se responsabilizar financeiramente pelos beneficiários do grupo familiar, favor observar o que dispõe o ANEXO II deste formulário.

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:

Possui deficiência? Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s):

Sim  Não  deficiência visual  deficiência auditiva  deficiência de locomoção/motora  deficiência intelectual  outros

Autoriza o envio de SMS Marketing?

Sim  Não

Autoriza o envio de E-mail Marketing?

Sim  Não

Titular responsável financeiro por este beneficiário familiar(\*\*):

Sim  Não

Estou de acordo com o disposto no inciso II do subitem 5.1 do item 5 deste termo:

Obs: Se o beneficiário do grupo familiar for menor de 18 (dezoito) anos e/ou incapaz, necessário o preenchimento da Declaração constante no Anexo I, pelo genitor(a), tutor(a) ou curador(a) do(a) menor e/ou incapaz.

Local

Data

Assinatura do(a) Beneficiário do Grupo Familiar

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

**\*\* Nos casos em que o titular não se responsabilizar financeiramente pelos beneficiários do grupo familiar, favor observar o que dispõe o ANEXO II deste formulário.**

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:

Possui deficiência? Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s):

Sim  Não  deficiência visual  deficiência auditiva  deficiência de locomoção/motora  deficiência intelectual  outros

Autoriza o envio de SMS Marketing?

Sim  Não

Autoriza o envio de E-mail Marketing?

Sim  Não

Titular responsável financeiro por este beneficiário familiar(\*\*):

Sim  Não

Estou de acordo com o disposto no inciso II do subitem 5.1 do item 5 deste termo:

Obs: Se o beneficiário do grupo familiar for menor de 18 (dezoito) anos e/ou incapaz, necessário o preenchimento da Declaração constante no Anexo I, pelo genitor(a), tutor(a) ou curador(a) do(a) menor e/ou incapaz.

Local

Data

Assinatura do(a) Beneficiário(a) do Grupo Familiar

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

**\*\* Nos casos em que o titular não se responsabilizar financeiramente pelos beneficiários do grupo familiar, favor observar o que dispõe o ANEXO II deste formulário.**

## 4. CONDIÇÕES DE REGULARIZAÇÃO

- 4.1** Considera-se regularização, o retorno do(s) beneficiário(s) ao plano no prazo máximo de 60 (sessenta) dias do cancelamento, desde que quite as obrigações vencidas e não pagas, inclusive referentes ao período em que permaneceu cancelado, contribuições mensais, bem como os per-capitas vencidos.
- 4.2** É garantido o retorno nas mesmas condições em que se encontrava na ocasião da exclusão, devendo ser observadas as regras/requisitos dispostos nos regulamentos dos planos.
- 4.3** Não será permitida a REGULARIZAÇÃO da inscrição após o prazo de 60 dias do cancelamento, nem o pagamento das competências às quais o(s) beneficiário (s) permaneceram sem direito de uso, enquadrando-se, no caso, na situação de REINGRESSO.

## 5. TERMO DE RESPONSABILIDADE

**5.1** 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.com.br](http://www.geap.com.br), bem como de todo o teor do Convênio por Adesão ao qual sou vinculado disponibilizado por meio do meu patrocinador;

**II** - Autorizo a GEAP AUTOGESTÃO EM SAÚDE a realizar tratamento dos meus dados pessoais e pessoais sensíveis, em razão do objeto do termo de adesão, sendo condição para a prestação de assistência à saúde suplementar, conforme determina a Lei nº. 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Estando assegurado ao titular do dado pessoal e pessoal sensível, mediante requisição, a qualquer momento, obter informações e formular requerimentos específicos por meio da Central Nacional Teletendimento: 0800 728 8300, ou presencialmente nos balcões de atendimento das Gerências Estaduais ou Gerência do Distrito Federal da GEAP.

Exclusivo do beneficiário titular

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Local Data Assinatura do titular

Exclusivo da Patrocinadora

Autorizamos à Geap Autogestão em Saúde a proceder com o retorno do Servidor/Empregado e do(s) Dependentes e/ou Grupo Familiar informados no presente Termo de Compromisso.

Por se tratar de REGULARIZAÇÃO em virtude da suspensão do pagamento da contribuição mensal do(s) per capita(s) no(s) mês(es) de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ em que o(a) servidor/empregado(a) e seu(s) dependentes esteve/estiveram cancelados no plano, autorizo a Geap Autogestão em Saúde a incluir na próxima fatura o(s) valor(es) referente(s) ao(s) per capita(s) citado(s).

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

AUTORIZADOR	
Assinatura e Carimbo	Matrícula

## ANEXO I

### DECLARAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO DOS DADOS PESSOAIS E PESSOAIS SENSÍVEIS – DEPENDENTES E BENEFICIÁRIOS DO GRUPO FAMILIAR MENORES DE 18 (DEZOITO) ANOS E/OU INCAPAZES

1. Eu,

Nacionalidade:

Estado civil:

Filiação:

Profissão:

Portador(a) da Cédula de Identidade RG nº.:

CPF:

Genitor(a), tutor(a) ou curador(a) autorizo a GEAP AUTOGESTÃO EM SAÚDE a realizar tratamento dos dados pessoais e pessoais sensíveis do(a) menor e/ou incapaz:

em razão do objeto do termo de adesão, sendo condição para a prestação de assistência à saúde suplementar, conforme determina a Lei nº. 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

2. É assegurado ao genitor(a), tutor(a) ou curador(a) responsável legal do dado pessoal e pessoal sensível do(a) menor e/ou incapaz, mediante requisição, a qualquer momento obter informações e formular requerimentos específicos por meio da Central Nacional de Teleatendimento: 0800 728 8300, ou presencialmente nos balcões de atendimento das Gerências Regionais e Gerência do Distrito Federal.

3. Sendo a expressão da verdade, responsabilizo-me civil e criminalmente pela fidedignidade desta declaração.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Local e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Genitor(a), Tutor(a) ou Curador(a)

**Obs1.:** Se necessário, emitir outro(s) formulário(s) para complementar a lista de Dependentes ou beneficiários do Grupo Familiar menores de 18 (dezoito) anos e/ou incapazes.

## ANEXO II

### TERMO DE RESPONSABILIDADE FINANCEIRA (GRUPO FAMILIAR)

1. Eu,

Nacionalidade:

Estado civil:

Filiação:

Profissão:

Portador(a) da Cédula de Identidade RG nº.:

CPF:

assumo o compromisso junto à GEAP AUTOGESTÃO EM SAÚDE de pagar as contribuições e coparticipações referentes ao plano ao qual estou inscrito(a), ou está inscrito(a) o(a) menor e/ou incapaz do qual sou responsável, tendo ciência que o não pagamento das contribuições mensais e coparticipações poderá acarretar no cancelamento da minha inscrição ou do(a) menor e/ou incapaz do qual sou responsável, bem como a inclusão do meu CPF no cadastro do SERASA.

2. Tenho ciência que em caso de exclusão do beneficiário titular, por quaisquer motivos, serei mantido(a), ou será mantido(a) o(a) menor e/ou incapaz do qual sou responsável, automaticamente no plano ao qual estou, ou está o(a) menor e/ou incapaz, vinculado, salvo minha manifestação em contrário à GEAP.

3. Tenho ciência que deverei manter os meus dados cadastrais, ou do(a) menor e/ou incapaz do qual sou responsável, sempre atualizados junto a GEAP Autogestão em Saúde.

4. Sendo a expressão da verdade, responsabilizo-me civil e criminalmente pela fidedignidade desta declaração.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável financeiro

**Obs.: Se necessário, emitir outro(s) formulário(s) para complementar a lista de beneficiários do Grupo Familiar, desvinculados financeiramente do(a) titular.**