

# TERMO DE ADESÃO

**Plano GEAPSaúde II**   
  **Plano GEAP-Referência**   
  **Plano GEAPEssencial**   
  **Plano GEAPClássico**  
Registro ANS nº 458.004/08-4     
 Registro ANS nº 455.830/07-8     
 Registro ANS nº 455.835/07-9     
 Registro ANS nº 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. <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"/>			
Possui Deficiência Física? (    ) Sim (    ) Não (    ) Não declarado			
Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): (    ) deficiência visual (    ) deficiência auditiva (    ) deficiência de locomoção/motora (    ) deficiência intelectual			
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 <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"/>			
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"/>				
Possui Deficiência Física? (    ) Sim (    ) Não (    ) Não declarado				
Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): (    ) deficiência visual (    ) deficiência auditiva (    ) deficiência de locomoção/motora (    ) deficiência intelectual				
Declaração de nascido vivo nº (**)				
Endereço			Repetir do Titular <input type="checkbox"/>	
Bairro	Cidade	UF	CEP	
Tel. Res.: (    )		Tel. Com.: (    )		Celular: (    )

## TERMO DE ADESÃO

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"/>			
Possui deficiência física ( ) Sim ( ) Não ( ) Não declarado			
Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): ( ) deficiência visual ( ) deficiência auditiva ( ) deficiência de locomoção/motora ( ) deficiência intelectual			
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"/>			
Possui deficiência física ( ) Sim ( ) Não ( ) Não declarado			
Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): ( ) deficiência visual ( ) deficiência auditiva ( ) deficiência de locomoção/motora ( ) deficiência intelectual			
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"/>			
Possui deficiência física ( ) Sim ( ) Não ( ) Não declarado			
Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): ( ) deficiência visual ( ) deficiência auditiva ( ) deficiência de locomoção/motora ( ) deficiência intelectual			
Declaração de nascido vivo nº (**)			

## TERMO DE ADESÃO

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"/>				
Possui deficiência física ( ) Sim ( ) Não ( ) Não declarado				
Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): ( ) deficiência visual ( ) deficiência auditiva ( ) deficiência de locomoção/motora ( ) deficiência intelectual				
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

**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. <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"/>				
Possui Deficiência Física? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não declarado				
Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): ( ) deficiência visual ( ) deficiência auditiva ( ) deficiência de locomoção/motora ( ) deficiência intelectual				
Endereço			Repetir do Titular <input type="checkbox"/>	
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 / /	

## TERMO DE ADESÃO

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"/>			
Possui Deficiência Física? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não declarado			
Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): ( ) deficiência visual ( ) deficiência auditiva ( ) deficiência de locomoção/motora ( ) deficiência intelectual			
Declaração de nascido vivo nº (**)			
Endereço			Repetir do Titular <input type="checkbox"/>
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. <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"/>			
Possui Deficiência Física? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não declarado			
Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): ( ) deficiência visual ( ) deficiência auditiva ( ) deficiência de locomoção/motora ( ) deficiência intelectual			
Declaração de nascido vivo nº (**)			
Endereço			Repetir do Titular <input type="checkbox"/>
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	

### 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, conseqüentemente, me comprometo a pagar as contribuições mensais e coparticipações do plano, na forma seguinte:

# TERMO DE ADESÃO

## 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).
- d) Caso a arrecadação prevista nos incisos a, b e c não possa ser efetuada em folha de pagamento, por ausência de margem consignável ou outro motivo que impeça o desconto, a cobrança será realizada mediante título de cobrança bancária – TCB, débito em conta corrente, ou qualquer outro meio hábil e idôneo de cobrança, observados os termos do item II.

## II - Título de cobrança bancária – TCB ou débito em conta corrente: (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) Contribuição ou participação, que porventura, não tenha sido consignada em Folha de Pagamento, por falta de margem consignável ou qualquer outro motivo que impeça o desconto em folha.
- d) A cobrança prevista nas alíneas a, b e c, poderá ser realizada por meio de débito em conta corrente, junto aos bancos credenciados.
- e) O vencimento do TCB, para as situações previstas nas alíneas a e b será dia 10 (dez) do mês, podendo ser prorrogada para o próximo dia útil.
- f) Na situação prevista no item c, o TCB terá o vencimento até o dia 20 (vinte) do mês da consignação.

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:

## TERMO DE ADESÃO

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 específico, 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](http://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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura do Titular  
Local Data

<b>Exclusivo da GEAP</b>		
_____	____/____/____	_____
Local	Data	Assinatura do Empregado

# TERMO DE ADESÃO

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 Autogestão em Saúde.
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 Autogestão em Saúde 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(a)							via do 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 Autogestão em Saúde.
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 Autogestão em Saúde 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(a)							via da GEAP