

## TERMO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

( ) Plano GEAPSaúde ( ) Plano GEAPSaúde II ( ) Plano GEAP-Referência ( ) Plano GEAPEssencial ( ) Plano GEAPClássico  
Sem Registro ANS 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

### 1. DADOS PESSOAIS DO TITULAR

Eu, \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_, Matrícula SIAPE: \_\_\_\_\_,  
patrocinadora/conveniada: \_\_\_\_\_, Endereço Residencial: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, Cidade: \_\_\_\_\_, Telefone  
(fixo): \_\_\_\_/\_\_\_\_, Telefone (celular): \_\_\_\_/\_\_\_\_, titular no Plano \_\_\_\_\_, solicito o cancelamento da inscrição:

Titular: \_\_\_\_\_

Dependentes: \_\_\_\_\_

Beneficiários Familiares: \_\_\_\_\_

(Utilize o verso caso o espaço seja insuficiente, citando o número do item)

### 2. JUSTIFICATIVA

- Motivo Financeiro  
 Descontentamento com a rede de prestadores de serviços  
 Possui outro plano de saúde  
 Insatisfação com atendimento da  GEAP  Prestador  
 Migração para outro plano de saúde  
 Não utiliza o plano  
 Mudança/viagem para o exterior  
 Separação/divórcio

### 3. TERMO DE CIÊNCIA DO BENEFICIÁRIO

Estou ciente que:

- a) A partir do cancelamento o(s) beneficiário(s) desta inscrição será(ão) excluído(s) e deixará(ão) de receber as coberturas oferecidas pelo plano.
- b) O retorno ao plano poderá ocorrer a qualquer momento, observado as regras em vigor específicas para esse fim, estabelecida no regulamento do plano, estendida aos meus dependentes e beneficiários do grupo familiar, caso haja, podendo ser exigido, também, nova apresentação de documentos que se fizerem necessários e o cumprimento de novo período de carência.
- c) Os valores de participação ora existentes serão liquidados, bem como as utilizações que tenham sido feitas pelos beneficiários desta inscrição e que ainda não tenham sido processadas até a data do cancelamento do plano, serão cobradas a posteriori, sendo seu pagamento de caráter obrigatório.
- d) Estou devolvendo o(s) seguinte(s) Cartão(ões) de Identificação de Beneficiário (CIB):

Devolvido(s):

\_\_\_\_\_  
(Anotar somente o número. Utilize o verso caso o espaço seja insuficiente, citando o número do item).

Não devolvido(s):

\_\_\_\_\_  
(Anotar somente o número. Utilize o verso caso o espaço seja insuficiente, citando o número do item).

Obs.: Utilizações que venham a ser feitas com CIB não devolvido, serão caracterizadas como USO INDEVIDO, ocasionando a cobrança integral da utilização e a aplicação dos dispositivos legais pertinentes.

4. A unidade de Recursos Humanos do órgão ou entidade encaminhará à Gerência Regional da GEAP Autogestão em Saúde, os cancelamentos entre os dias 20(vinte) e 30(trinta) de cada mês, que serão efetivados pela GEAP no dia 1º do mês subsequente à entrega do documento, conforme previsto em cláusula do Convênio por Adesão.
5. A data de cancelamento a ser considerada para todos os fins será a data da entrega do documento na Gerência Regional da GEAP Autogestão em Saúde.



## TERMO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

( ) Plano GEAPSaúde Sem Registro ANS ( ) Plano GEAPSaúde II Registro ANS nº 458.004/08-4 ( ) Plano GEAP-Referência Registro ANS nº 455.830/07-8 ( ) Plano GEAPEssencial Registro ANS nº 455.835/07-9 ( ) Plano GEAPClássico Registro ANS nº 456.093/07-1

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

**Exclusivo da GEAP**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Local Data Assinatura do Empregado

**Exclusivo da Patrocinadora**

Autorizamos o cancelamento da inscrição do servidor/empregado  e dos dependentes  informados neste documento

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

Autorizador	
Carimbo e Assinatura	Matrícula