

**ANEXO III
FORMULÁRIO DE RESPONSABILIDADE FINANCEIRA**

1. Eu,

Data de Nascimento:

CPF:

Identidade:

Órgão Expedidor:

UF:

Nome da mãe:

Endereço:

CEP:

Bairro:

Cidade:

UF:

DDD + Celular Pessoal:

DDD + Tel. Res.:

E-mail Pessoal:

Nome do banco:

Agência:

Dv Agência:

Nº Conta:

Dv Conta:

Tipo de conta:

 Corrente Poupança

Declaro ser Responsável Legal do menor e/ou incapaz do menor e/ou incapaz _____

na condição de: Curador Detentor da guarda Genitor(a) Tutor Outro _____

assumindo o compromisso junto à Geap Autogestão em Saúde de pagar as contribuições/mensalidades e coparticipações, quando houver, referentes ao plano de saúde do(a) menor ou incapaz, tendo ciência que o não pagamento poderá acarretar o cancelamento do plano do(a) menor ou incapaz, inclusão do meu CPF nos órgãos de proteção ao crédito e sujeito à aplicação das medidas legais cabíveis.

2. Estou ciente que é de minha responsabilidade cumprir as determinações previstas no regulamento referentes ao plano de saúde do(a) menor ou incapaz ao qual me torno responsável.

3. Tenho ciência que deverei manter os meus dados cadastrais, ou do(a) menor 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.

Local e Data

Assinatura do curador(a), detentor (a) da guarda, genitor(a) ou tutor(a) .