

**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 a Geap Autogestão em Saúde de pagar as contribuições e coparticipações referentes ao plano de saúde do(a) menor ou incapaz, tendo ciência que o não pagamento das contribuições mensais e coparticipações poderá acarretar no cancelamento da inscrição do(a) qual sou responsável, bem como a inclusão do meu CPF no cadastro do Serasa.

2. 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.

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

_____, _____ de _____ de _____.

Local e Data

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