1. DISPOSIÇÕES GERAIS

Os campos abaixo deverão ser preenchidos com os dados do beneficiário dependente. Se for maior de 18 (dezoito) anos e capaz, necessário assinar no campo específico. Se for menor de 18 (dezoito) anos e/ou incapaz, necessário o preenchimento da Declaração constante no Anexo II, pelo genitor, tutor ou curador do menor e/ou incapaz. Titular ou dependente copatrocinado deve solicitar autorização da patrocinadora. A adesão no plano está condicionada as regras do Convênio por Adesão firmado com a patrocinadora.

2. TIPO DE ADESÃO

Origem da adesão: ◯ Geap ◯ Plataforma, qual? _____

Adesão/Reativação com portabilidade de carências ◯ Não ◯ Sim, observar o disposto nos regulamentos dos planos.

3. DADOS DO PLANO

Nome do Plano:

4. DADOS DO TITULAR

Nome do titular: CPF do titular:

5. DADOS DO DEPENDENTE

Nome:

Nome Social:

CPF: Sexo: ◯ Masculino ◯ Feminino Estado Civil:

Data de nascimento: Grau de Parentesco:

Nome da mãe:

Nome do pai:

Cor/raça: ◯ Amarela ◯ Branca ◯ Indígena ◯ Parda ◯ Preta

CNS: Identidade: Órgão Expedidor: UF: Data de emissão:

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

☐ Deficiência auditiva ☐ Deficiência intelectual ☐ Deficiência física

☐ Deficiência psicossocial ☐ Deficiência visual ☐ Não possui

Atualizado em: junho 2024

Endereço:

CEP: | Bairro: | Cidade: | UF:

DDD + Celular Pessoal: ( ) | DDD + Celular Alternativo: ( ) | DDD + Tel. Res.: ( ) | DDD + Tel. Com.: ( )

E-mail Pessoal:

Autoriza o envio de SMS marketing: ◯ Sim ◯ Não

Autoriza o envio de e-mail marketing: ◯ Sim ◯ Não

6. PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE - PEP

Você é uma Pessoa Exposta Politicamente? ◯ Sim ◯ Não

Pessoa que tenha desempenhado, nos últimos 5 (cinco) anos, no Brasil ou em outros países, cargos, empregos, ou funções públicas relevantes, assim como os seus representantes, pessoas de seu relacionamento e familiares (Circular 3978 de 23/1/2020).

7. TERMO DE RESPONSABILIDADE

7.1. Pelo presente Termo de Responsabilidade, declaro para todos os fins legais, que:

I - Confirmo a leitura e estou de acordo com todo o disposto no Estatuto da Geap Autogestão em Saúde, o regulamento do plano ao qual estou incluindo meu dependente, a relação da rede prestadora de serviços vinculadas ao meu plano e do meu dependente, 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.org.br, bem como de todo o teor do Convênio por Adesão ao qual sou vinculado, juntamente com meu dependente, disponibilizado por meio da minha patrocinadora;

II - Autorizo a Geap Autogestão em Saúde a realizar tratamento dos meus dados pessoais e pessoais sensíveis, em razão do objeto do formulário 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 de Teleatendimento: 0800 728 8300, ou presencialmente nos balcões de atendimento das Unidades Administrativas;

III - Tenho conhecimento que, após o dependente - filho(a), enteado(a) - completar 21 (vinte e um) anos de idade, esse será cancelado do plano, salvo no caso do(a) beneficiário(a) titular comprovar os requisitos para a manutenção como dependente copatrocinado, observado o disposto no regulamento do plano ao qual estou aderindo e Convênio por Adesão ao qual estou vinculado;

IV - Tenho conhecimento que, após o dependente - filho(a), enteado(a) - completar 24 (vinte e quatro) anos de idade, esse será cancelado do plano, salvo manifestação em contrário do(a) beneficiário(a) à Geap, observado o disposto no regulamento do plano ao qual estou aderindo e Convênio por Adesão ao qual estou vinculado;

V - Tenho conhecimento de que ao aderir ao plano, estou concordando com a forma de custeio e valores vigentes, na data da assinatura do presente termo, sobre o qual manifesto expressa e plena anuência à adesão, o que me foi amplamente esclarecido nesta data, renunciando a qualquer outra forma de custeio;

Atualizado em: junho 2024

VI - Tenho conhecimento que caso inclua dependente menor de 18 (dezoito) anos e/ou incapaz será necessário o preenchimento e minha assinatura no anexo II deste formulário.

EXCLUSIVO DO(A) DEPENDENTE

Local	Data	Assinatura do(a) dependente maior de 18 (dezoito) anos ou responsável legal quando se tratar de menor e/ou incapaz.
_____	____/____/_____	_____

EXCLUSIVO DO(A) TITULAR

Local	Data	Assinatura do(a) titular/responsável legal quando se tratar de titular incapaz.
_____	____/____/_____	_____

EXCLUSIVO DA PATROCINADORA

Autorizamos a inscrição do(a) dependente do(a) servidor(a)/ empregado(a) informado (a) neste formulário.

Local	Data
_____	____/____/_____

AUTORIZADOR

Assinatura e Matrícula

EXCLUSIVO DA GEAP

Local	Data	Assinatura do(a) Empregado(a) Geap
_____	____/____/_____	_____

Atualizado em: junho 2024