

## 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/Reingresso 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

Endereço:

CEP:	Bairro:	Cidade:	UF:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DDD + Celular Pessoal:	DDD + Celular Alternativo:	DDD + Tel. Res.:	DDD + Tel. Com.:
( <input type="text"/> )	( <input type="text"/> )	( <input type="text"/> )	( <input type="text"/> )

E-mail Pessoal:

Autoriza o envio de SMS marketing:	Autoriza o envio de e-mail marketing:
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 - Confirmando 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](http://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 Teletendimento: 0800 728 8300, ou presencialmente nos balcões de atendimento das Unidades Administrativas;

III - Tenho conhecimento que, após o meu 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 meu 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;

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 dependente 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) informando (a) neste formulário.

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

**AUTORIZADOR**

Assinatura e Matrícula

**EXCLUSIVO DA GEAP**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Local                                  Data                                  Assinatura do(a) Empregado(a) Geap