

\*Quando for regularizar também o dependente utilizar, ainda, o formulário específico (regularização dependente).

### 1. DADOS DO PLANO

(\*) Regularização somente no mesmo plano.

Nome do Plano:

Solicito à Geap Autogestão em Saúde a regularização ao Plano.

### 2. DADOS DO TITULAR

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Nome Social: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Feminino Estado Civil: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Nome do pai: \_\_\_\_\_

Cor / Raça:  Amarela  Branca  Indígena  Parda  Preta

CNS: \_\_\_\_\_ RG/CNH: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Data de Emissão: \_\_\_\_\_

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

Não  Deficiência visual  Deficiência auditiva  Deficiência física  Deficiência intelectual  Deficiência psicossocial

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

### 3. DADOS BANCÁRIOS

Nome do banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Dv Agência: \_\_\_\_\_ Nº Conta: \_\_\_\_\_ Dv Conta: \_\_\_\_\_ Tipo de conta:  Poupança  Corrente

\*Os dados bancários devem ser do próprio beneficiário maior de idade. Utilizado para débito em conta (BB), reembolso, restituições e devoluções.

### 4. CONDIÇÕES DE REGULARIZAÇÃO

**4.1** Considera-se regularização, o retorno do(s) beneficiário(s) ao plano no prazo máximo de 60 (sessenta) dias do cancelamento, desde que quite as obrigações vencidas e não pagas, inclusive referentes ao período em que permaneceu cancelado, contribuições mensais, bem como os per capita vencidos.

**4.2** É garantido o retorno nas mesmas condições em que se encontrava na ocasião da exclusão, devendo ser observadas as regras/requisitos dispostos nos regulamentos dos planos.

**4.3** Não será permitida a **regularização** da inscrição após o prazo de 60 dias do cancelamento, nem o pagamento das competências às quais o(s) beneficiário(s) permaneceram sem direito de uso, enquadrando-se, no caso, na situação de **reingresso**.

**5. TERMO DE RESPONSABILIDADE**

**5.1** 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 aderindo, a relação da rede prestadora de serviços vinculada ao meu plano, 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 disponibilizado por meio do meu patrocinador;

**II** - Autorizo a Geap Autogestão em Saúde a realizar tratamento dos meus dados pessoais e pessoais sensíveis, em razão do objeto do termo 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 Teleatendimento: 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 enquadrado automaticamente como agregado, salvo manifestação em contrário do(a) beneficiário(a) titular à Geap ou caso o(a) beneficiário(a) titular comprove 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 enquadrado automaticamente como agregado, 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.

**EXCLUSIVO DO(A) TITULAR**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Local Data Assinatura do(a) titular

**EXCLUSIVO DA PATROCINADORA**

Autorizamos à Geap Autogestão em Saúde a proceder com o retorno do(a) Servidor(a)/Empregado(a) informado(a) neste formulário.

Por se tratar de regularização em virtude da suspensão do pagamento da contribuição mensal do(s) per capita(s) no(s) mês(es) de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ em que o(a) servidor/empregado(a) e seu(s) dependentes esteve/estiveram cancelados no plano, autorizo à Geap Autogestão em Saúde a incluir na próxima fatura o(s) valor(es) referente(s) ao(s) per capita(s) citado(s).

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

AUTORIZADOR	
Assinatura e Carimbo	Matrícula

**EXCLUSIVO DA GEAP**

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