

TERMO DE RESPONSABILIDADE FINANCEIRA

1. Eu, _____,
nacionalidade: _____ estado civil: _____,
nome da mãe: _____,
nome do pai: _____,
profissão: _____, portador(a) do RG/CNH nº.: _____,
CPF: _____, assumo o compromisso junto a Geap Autogestão em Saúde
de pagar as contribuições e coparticipações referentes ao plano ao qual estou inscrito(a), tendo
ciência que o não pagamento das contribuições mensais e coparticipações poderá acarretar no
cancelamento da minha inscrição ou do(a) menor ou incapaz do qual sou responsável, bem como
a inclusão do meu CPF no cadastro do Serasa.

2. Tenho ciência que em caso de exclusão do beneficiário titular, por quaisquer motivos, serei
mantido(a), automaticamente no plano ao qual estou, salvo minha manifestação em contrário à
Geap.

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.

_____, _____ de _____ de _____.
Local e Data

Assinatura do responsável financeiro