

## 1. TITULAR

Eu,			CPF:	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
RG:	Órgão Expedidor:	Data de Emissão:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Nome da mãe:				
<input type="text"/>				
Endereço:				
<input type="text"/>				
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Celular:	Tel. Com.:	Tel. Res.:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
E-mail Pessoal:				
<input type="text"/>				
Banco:	Agência:	Nº Conta:	Tipo de conta:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Corrente <input type="radio"/> Poupança	
Solicito à Geap Autogestão em Saúde a migração ao Plano:				
<input type="text"/>				
Do(s) beneficiário(s):				
<input type="radio"/> Titular e/ou <input type="radio"/> Dependente <input type="radio"/> Beneficiário(a) Familiar, conforme relacionado abaixo e estando ciente das regras específicas da condição de migração que se enquadrar(em).				
Lotação:	Cargo:	Matrícula:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Vínculo com o sindicato:		Nome do Sindicato:		
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		<input type="text"/>		

## 2. DEPENDENTES

Nome		Data de Nascimento:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Filiação 1:			
<input type="text"/>			
Filiação 2:			
<input type="text"/>			
RG:	Órgão Expedidor:	Data de Emissão:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
CPF:	Sexo:	Estado Civil:	
<input type="text"/>	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino	<input type="text"/>	
Endereço:			
<input type="text"/>			
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel. Res.:	Tel. Com.:	Celular:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
E-mail Pessoal:			
<input type="text"/>			
*Mesmo plano do titular:			
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não, se negativo informe o plano:			

\* Condição permitida de acordo com as regras do convênio com o patrocinador.

Nome		Data de Nascimento:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Filiação 1:			
<input type="text"/>			
Filiação 2:			
<input type="text"/>			
RG:	Órgão Expedidor:	Data de Emissão:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
CPF:	Sexo:	Estado Civil:	
<input type="text"/>	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino	<input type="text"/>	
Endereço:			
<input type="text"/>			
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel. Res.:	Tel. Com.:	Celular:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
E-mail Pessoal:			
<input type="text"/>			
*Mesmo plano do titular:			
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não, se negativo informe o plano:			

**\* Condição permitida de acordo com as regras do convênio com o patrocinador.**

Nome		Data de Nascimento:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Filiação 1:			
<input type="text"/>			
Filiação 2:			
<input type="text"/>			
RG:	Órgão Expedidor:	Data de Emissão:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
CPF:	Sexo:	Estado Civil:	
<input type="text"/>	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino	<input type="text"/>	
Endereço:			
<input type="text"/>			
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel. Res.:	Tel. Com.:	Celular:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
E-mail Pessoal:			
<input type="text"/>			
*Mesmo plano do titular:			
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não, se negativo informe o plano:			

**\* Condição permitida de acordo com as regras do convênio com o patrocinador.**

Nome		Data de Nascimento:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Filiação 1:			
<input type="text"/>			

Filiação 2:

RG: Órgão Expedidor: Data de Emissão:

CPF: Sexo: Estado Civil:

☐ Masculino

☐ Feminino

Endereço:

Bairro: Cidade: UF: CEP:

Tel. Res.: Tel. Com.: Celular:

E-mail Pessoal:

\*Mesmo plano do titular:

☐ Sim ☐ Não, se negativo informe o plano:

**\* Condição permitida de acordo com as regras do convênio com o patrocinador.**

Nome Data de Nascimento:

Filiação 1:

Filiação 2:

RG: Órgão Expedidor: Data de Emissão:

CPF: Sexo: Estado Civil:

☐ Masculino

☐ Feminino

Endereço:

Bairro: Cidade: UF: CEP:

Tel. Res.: Tel. Com.: Celular:

E-mail Pessoal:

\*Mesmo plano do titular:

☐ Sim ☐ Não, se negativo informe o plano:

**\* Condição permitida de acordo com as regras do convênio com o patrocinador.**

### 3. GRUPO FAMILIAR

Nome Data de Nascimento:

Filiação 1:

Filiação 2:

RG: Órgão Expedidor: Data de Emissão:

CPF:  Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino Estado Civil:

Endereço:

Bairro:  Cidade:  UF:  CEP:

Tel. Res.:  Tel. Com.:  Celular:

E-mail Pessoal:

\*Mesmo plano do titular:  
☐ Sim ☐ Não, se negativo informe o plano:

**\* Condição permitida de acordo com as regras do convênio com o patrocinador.**

Nome  Data de Nascimento:

Filiação 1:

Filiação 2:

RG:  Órgão Expedidor:  Data de Emissão:

CPF:  Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino Estado Civil:

Endereço:

Bairro:  Cidade:  UF:  CEP:

Tel. Res.:  Tel. Com.:  Celular:

E-mail Pessoal:

\*Mesmo plano do titular:  
☐ Sim ☐ Não, se negativo informe o plano:

**\* Condição permitida de acordo com as regras do convênio com o patrocinador.**

Nome  Data de Nascimento:

Filiação 1:

Filiação 2:

RG:  Órgão Expedidor:  Data de Emissão:

CPF:  Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino Estado Civil:

Endereço:

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Tel. Res.: \_\_\_\_\_ Tel. Com.: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

E-mail Pessoal: \_\_\_\_\_

\*Mesmo plano do titular:  
☐ Sim ☐ Não, se negativo informe o plano: \_\_\_\_\_

**\* Condição permitida de acordo com as regras do convênio com o patrocinador.**

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

Filiação 1: \_\_\_\_\_

Filiação 2: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ Data de Emissão: \_\_\_\_\_

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

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Tel. Res.: \_\_\_\_\_ Tel. Com.: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

E-mail Pessoal: \_\_\_\_\_

\*Mesmo plano do titular:  
☐ Sim ☐ Não, se negativo informe o plano: \_\_\_\_\_

**\* Condição permitida de acordo com as regras do convênio com o patrocinador.**

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

Filiação 1: \_\_\_\_\_

Filiação 2: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ Data de Emissão: \_\_\_\_\_

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

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Tel. Res.: \_\_\_\_\_ Tel. Com.: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

E-mail Pessoal:

\*Mesmo plano do titular:

☐ Sim ☐ Não, se negativo informe o plano:

**\* Condição permitida de acordo com as regras do convênio com o patrocinador.**

Nome Data de Nascimento:

Filiação 1:

Filiação 2:

RG: Órgão Expedidor: Data de Emissão:

CPF: Sexo: Estado Civil:

Endereço:

Bairro: Cidade: UF: CEP:

Tel. Res.: Tel. Com.: Celular:

E-mail Pessoal:

\*Mesmo plano do titular:

☐ Sim ☐ Não, se negativo informe o plano:

**\* Condição permitida de acordo com as regras do convênio com o patrocinador.**

Nome Data de Nascimento:

Filiação 1:

Filiação 2:

RG: Órgão Expedidor: Data de Emissão:

CPF: Sexo: Estado Civil:

Endereço:

Bairro: Cidade: UF: CEP:

Tel. Res.: Tel. Com.: Celular:

E-mail Pessoal:

\*Mesmo plano do titular:

☐ Sim ☐ Não, se negativo informe o plano:

**\* Condição permitida de acordo com as regras do convênio com o patrocinador.**

Nome				Data de Nascimento:	
Filiação 1:					
Filiação 2:					
RG:	Órgão Expedidor:		Data de Emissão:		
CPF:	Sexo:		Estado Civil:		
	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino				
Endereço:					
Bairro:	Cidade:		UF:	CEP:	
Tel. Res.:	Tel. Com.:		Celular:		
E-mail Pessoal:					
*Mesmo plano do titular:					
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não, se negativo informe o plano:					

**\* Condição permitida de acordo com as regras do convênio com o patrocinador.**

Nome				Data de Nascimento:	
Filiação 1:					
Filiação 2:					
RG:	Órgão Expedidor:		Data de Emissão:		
CPF:	Sexo:		Estado Civil:		
	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino				
Endereço:					
Bairro:	Cidade:		UF:	CEP:	
Tel. Res.:	Tel. Com.:		Celular:		
E-mail Pessoal:					
*Mesmo plano do titular:					
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não, se negativo informe o plano:					

**\* Condição permitida de acordo com as regras do convênio com o patrocinador.**

Nome				Data de Nascimento:	
Filiação 1:					

Filiação 2:

RG: Órgão Expedidor: Data de Emissão:

CPF: Sexo: Estado Civil:

 ☐ Masculino ☐ Feminino 

Endereço:

Bairro: Cidade: UF: CEP:

Tel. Res.: Tel. Com.: Celular:

E-mail Pessoal:

\*Mesmo plano do titular:

☐ Sim ☐ Não, se negativo informe o plano:**\* Condição permitida de acordo com as regras do convênio com o patrocinador.****4. 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.com.br](http://www.geap.com.br), bem como de todo o teor do Convênio por Adesão ao qual sou vinculado disponibilizado por meio do meu patrocinador.

Exclusivo do beneficiário

/ /

Local

Data

Assinatura do titular

Exclusivo da Patrocinadora

Autorizamos a migração do servidor/empregado dos dependentes dos beneficiários do grupo familiar

/ /

Local

Data

AUTORIZADOR	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Assinatura e Carimbo	Matrícula