

## 1. TITULAR

Eu, \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

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

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

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

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

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

Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Nº Conta: \_\_\_\_\_ Tipo de conta:  
 Corrente  Poupança

Solicito à Geap Autogestão em Saúde a migração ao Plano:

Do(s) beneficiário(s):

Titular e/ou  Dependente  Beneficiário(a) Familiar, conforme relacionado abaixo e estando ciente das regras específicas da condição de migração que se enquadra(em).

Lotação: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

Vínculo com o sindicato: \_\_\_\_\_ Nome do Sindicato: \_\_\_\_\_

Sim  Não

## 2. DEPENDENTES

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:
---------	---------	-----

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:
------	-------	---------------

Endereço:
-----------

Bairro:	Cidade:	UF:
---------	---------	-----

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.**

3. GRUPO FAMILIAR
-------------------

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.**

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.**

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.**

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: \_\_\_\_\_



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:
--------------------------

\* **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 - 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 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 _____ Local	dos dependentes _____ Data	dos beneficiários do grupo familiar _____
--	----------------------------------	--

<b>AUTORIZADOR</b>	
Assinatura e Carimbo	Matrícula