

# TERMO DE ADESÃO

**Plano GEAPSaúde II** (Registro ANS nº 458.004/08-4)   
  **Plano GEAP-Referência** (Registro ANS nº 455.830/07-8)   
  **Plano GEAPEssencial** (Registro ANS nº 455.835/07-9)   
  **Plano GEAPClássico** (Registro ANS nº 456.093/07-1)

**Plano GEAP Saúde Vida** (Registro ANS nº 473.881/15-1)   
  **Plano GEAP Referência Vida** (Registro ANS nº 473.880/15-2)

**Inscrição:**  
**(uso da GEAP)**

## 1. DADOS PESSOAIS DO TITULAR

|  |                 |   |   |
|--|-----------------|---|---|
| Nome   |                 | Data de Nasc. / /                                     |   |
| Nome da mãe  |                 |   |   |
| RG nº  | Órgão expedidor |   | Data de Emissão / /                     |
| CPF  | Sexo:           | Masc. <input type="checkbox"/>                        | Fem. <input type="checkbox"/> PIS/PASEP |
| CNS  | Estado Civil    |   | Declaração de nascido vivo nº           |
| Endereço   |                 |   |   |
| Bairro   | Cidade          | UF  | CEP                                     |
| Tel. Res.: ( )   |                 | Col. Com.: ( )  | Celular: ( )                            |
| E-mail   |                 |   |   |
| Banco  | Agência         |   | Nº Conta Corrente                       |
| Raça: Amarelo(a) <input type="checkbox"/> Branco(a) <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Pardo(a) <input type="checkbox"/> Preto(a) <input type="checkbox"/> |                 |   |   |
| Possui Deficiência Física? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não declarado   |                 |   |   |
| Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): ( ) deficiência visual ( ) deficiência auditiva ( ) deficiência de locomoção/motora ( ) deficiência intelectual       |                 |   |   |
| Autoriza o envio de SMS? ( ) Sim ( ) Não   |                 | Autoriza o envio de e-mail marketing? ( ) Sim ( ) Não |   |

## 2. DADOS FUNCIONAIS DO TITULAR

|  |         |                 |                  |
|--|---------|-----------------|------------------|
| Patrocinadora/Conveniada   |         | Matrícula SIAPE |                  |
| Data de Admissão / /   | Lotação |                 | Unidade Pagadora |
| Situação ATIVO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> CARGO EM COMISSÃO <input type="checkbox"/> REQUISITADO <input type="checkbox"/> CEDIDO <input type="checkbox"/> PENSIONISTA <input type="checkbox"/> |         |                 |                  |
| Remuneração  |         | Ref. Mês/Ano /  |                  |
| Cargo  |         |                 |                  |

## 3. DEPENDENTES

(\*) Preenchimento obrigatório, com dados próprios do beneficiário.

(\*\*) Preenchimento para nascido a partir de 01/01/2010.

|  |              |  |  |
|--|--------------|--|--|
| Seq.   | Vínculo      | Nome   |  |
| Data de Nasc. / /  | Nome da mãe  |  |  |
| CPF (*)  | RG nº (*)    | Órgão Expedidor (*)  | Data de Emissão / /  |
| CNS  | Estado Civil | Sexo: Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> | Situação Normal <input type="checkbox"/> Inválido <input type="checkbox"/> |
| Raça: Amarelo(a) <input type="checkbox"/> Branco(a) <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Pardo(a) <input type="checkbox"/> Preto(a) <input type="checkbox"/> |              |  |  |
| Possui Deficiência Física? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não declarado   |              |  |  |
| Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): ( ) deficiência visual ( ) deficiência auditiva ( ) deficiência de locomoção/motora ( ) deficiência intelectual       |              |  |  |
| Declaração de nascido vivo nº (**)   |              |  |  |

## TERMO DE ADESÃO

|                |        |                |   |              |
|----------------|--------|----------------|---|--------------|
| Endereço       |        |                | Repetir do Titular <input type="checkbox"/> |              |
| Bairro         | Cidade | UF             | CEP   |              |
| Tel. Res.: ( ) |        | Tel. Com.: ( ) |   | Celular: ( ) |
| E-mail         |        |                |   |              |

|  |              |  |  |  |
|--|--------------|--|--|--|
| Seq.   | Vínculo      | Nome   |  |  |
| Data de Nasc. / /  |              | Nome da mãe  |  |  |
| CPF (*)  | RG nº (*)    | Órgão Expedidor (*)  | Data de Emissão / /  |  |
| CNS  | Estado Civil | Sexo: Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> | Situação Normal <input type="checkbox"/> Inválido <input type="checkbox"/> |  |
| Raça: Amarelo(a) <input type="checkbox"/> Branco(a) <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Pardo(a) <input type="checkbox"/> Preto(a) <input type="checkbox"/> |              |  |  |  |

Possui deficiência física ( ) Sim ( ) Não ( ) Não declarado

Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): ( ) deficiência visual ( ) deficiência auditiva ( ) deficiência de locomoção/motora ( ) deficiência intelectual

Declaração de nascido vivo nº (\*\*)

|                |        |                |   |              |
|----------------|--------|----------------|---|--------------|
| Endereço       |        |                | Repetir do Titular <input type="checkbox"/> |              |
| Bairro         | Cidade | UF             | CEP   |              |
| Tel. Res.: ( ) |        | Tel. Com.: ( ) |   | Celular: ( ) |
| E-mail         |        |                |   |              |

|  |              |  |  |  |
|--|--------------|--|--|--|
| Seq.   | Vínculo      | Nome   |  |  |
| Data de Nasc. / /  |              | Nome da mãe  |  |  |
| CPF (*)  | RG nº (*)    | Órgão Expedidor (*)  | Data de Emissão / /  |  |
| CNS  | Estado Civil | Sexo: Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> | Situação Normal <input type="checkbox"/> Inválido <input type="checkbox"/> |  |
| Raça: Amarelo(a) <input type="checkbox"/> Branco(a) <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Pardo(a) <input type="checkbox"/> Preto(a) <input type="checkbox"/> |              |  |  |  |

Possui deficiência física ( ) Sim ( ) Não ( ) Não declarado

Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): ( ) deficiência visual ( ) deficiência auditiva ( ) deficiência de locomoção/motora ( ) deficiência intelectual

Declaração de nascido vivo nº (\*\*)

|                |        |                |   |              |
|----------------|--------|----------------|---|--------------|
| Endereço       |        |                | Repetir do Titular <input type="checkbox"/> |              |
| Bairro         | Cidade | UF             | CEP   |              |
| Tel. Res.: ( ) |        | Tel. Com.: ( ) |   | Celular: ( ) |
| E-mail         |        |                |   |              |

|  |              |  |  |  |
|--|--------------|--|--|--|
| Seq.   | Vínculo      | Nome   |  |  |
| Data de Nasc. / /  |              | Nome da mãe  |  |  |
| CPF (*)  | RG nº (*)    | Órgão Expedidor (*)  | Data de Emissão / /  |  |
| CNS  | Estado Civil | Sexo: Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> | Situação Normal <input type="checkbox"/> Inválido <input type="checkbox"/> |  |
| Raça: Amarelo(a) <input type="checkbox"/> Branco(a) <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Pardo(a) <input type="checkbox"/> Preto(a) <input type="checkbox"/> |              |  |  |  |

Possui deficiência física ( ) Sim ( ) Não ( ) Não declarado

## TERMO DE ADESÃO

|  |                |              |   |
|--|----------------|--------------|---|
| Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): ( ) deficiência visual ( ) deficiência auditiva ( ) deficiência de locomoção/motora ( ) deficiência intelectual |                |              |   |
| Declaração de nascido vivo nº (**)   |                |              |   |
| Endereço   |                |              | Repetir do Titular <input type="checkbox"/> |
| Bairro   | Cidade         | UF           | CEP   |
| Tel. Res.: ( )   | Tel. Com.: ( ) | Celular: ( ) |   |
| E-mail   |                |              |   |

|  |                |  |  |
|--|----------------|--|--|
| Seq.   | Vínculo        | Nome   |  |
| Data de Nasc. / /  | Nome da mãe    |  |  |
| CPF (*)  | RG nº (*)      | Órgão Expedidor (*)  | Data de Emissão / /  |
| CNS  | Estado Civil   | Sexo: Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> | Situação Normal <input type="checkbox"/> Inválido <input type="checkbox"/> |
| Raça: Amarelo(a) <input type="checkbox"/> Branco(a) <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Pardo(a) <input type="checkbox"/> Preto(a) <input type="checkbox"/> |                |  |  |
| Possui deficiência física ( ) Sim ( ) Não ( ) Não declarado  |                |  |  |
| Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): ( ) deficiência visual ( ) deficiência auditiva ( ) deficiência de locomoção/motora ( ) deficiência intelectual       |                |  |  |
| Declaração de nascido vivo nº (**)   |                |  |  |
| Endereço   |                |  | Repetir do Titular <input type="checkbox"/>                                |
| Bairro   | Cidade         | UF   | CEP  |
| Tel. Res.: ( )   | Tel. Com.: ( ) | Celular: ( )   |  |
| E-mail   |                |  |  |

#### 4. GRUPO FAMILIAR

**Campos destinados somente para os Planos GEAPClássico, GEAPEssencial, GEAP-Referência, GEAP Saúde Vida e GEAP Referência Vida.**

(\*) Preenchimento obrigatório, com dados próprios do beneficiário.

(\*\*) Preenchimento para nascido a partir de 01/01/2010.

|  |                |  |   |
|--|----------------|--|---|
| Inscrição:   | Nome           |  |   |
| Data de Nasc. / /  | Vínculo        | Nome da mãe  |   |
| CPF (*)  | RG nº (*)      | Órgão Expedidor (*)  | Data de Emissão / /                         |
| CNS  | Estado Civil   | Sexo: Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> | PIS/PASEP                                   |
| Raça: Amarelo(a) <input type="checkbox"/> Branco(a) <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Pardo(a) <input type="checkbox"/> Preto(a) <input type="checkbox"/> |                |  |   |
| Possui Deficiência Física? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não declarado   |                |  |   |
| Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): ( ) deficiência visual ( ) deficiência auditiva ( ) deficiência de locomoção/motora ( ) deficiência intelectual       |                |  |   |
| Endereço   |                |  | Repetir do Titular <input type="checkbox"/> |
| Bairro   | Cidade         | UF   | CEP   |
| Tel. Res.: ( )   | Tel. Com.: ( ) | Celular: ( )   |   |
| E-mail   |                |  |   |
| Autoriza o envio de SMS? ( ) Sim ( ) Não   |                | Autoriza o envio de e-mail marketing? ( ) Sim ( ) Não              |   |

## TERMO DE ADESÃO

|   |  |                |   |  |   |
|---|--|----------------|---|--|---|
| Inscrição:  |  | Nome           |   |  |   |
| Data de Nasc. / /   |  | Vínculo        |   | Nome da mãe  |   |
| CPF (*)   |  | RG nº (*)      |   | Órgão Expedidor (*)  | Data de Emissão / /                         |
| CNS   |  | Estado Civil   |   | Sexo: Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> | PIS/PASEP                                   |
| Raça Amarelo(a) <input type="checkbox"/> Branco(a) <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Pardo(a) <input type="checkbox"/> Preto(a) <input type="checkbox"/> |  |                |   |  |   |
| Possui Deficiência Física? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não declarado  |  |                |   |  |   |
| Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): ( ) deficiência visual ( ) deficiência auditiva ( ) deficiência de locomoção/motora ( ) deficiência intelectual      |  |                |   |  |   |
| Declaração de nascido vivo nº (**)  |  |                |   |  |   |
| Endereço  |  |                |   |  | Repetir do Titular <input type="checkbox"/> |
| Bairro  |  | Cidade         |   | UF   | CEP   |
| Tel. Res.: ( )  |  | Tel. Com.: ( ) |   | Celular: ( )   |   |
| E-mail  |  |                |   |  |   |
| Autoriza o envio de SMS? ( ) Sim ( ) Não  |  |                | Autoriza o envio de e-mail marketing? ( ) Sim ( ) Não |  |   |

|  |  |                |   |  |   |
|--|--|----------------|---|--|---|
| Inscrição:   |  | Nome           |   |  |   |
| Data de Nasc. / /  |  | Vínculo        |   | Nome da mãe  |   |
| CPF (*)  |  | RG nº (*)      |   | Órgão Expedidor (*)  | Data de Emissão / /                         |
| CNS  |  | Estado Civil   |   | Sexo: Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> | PIS/PASEP                                   |
| Raça: Amarelo(a) <input type="checkbox"/> Branco(a) <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Pardo(a) <input type="checkbox"/> Preto(a) <input type="checkbox"/> |  |                |   |  |   |
| Possui Deficiência Física? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não declarado   |  |                |   |  |   |
| Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): ( ) deficiência visual ( ) deficiência auditiva ( ) deficiência de locomoção/motora ( ) deficiência intelectual       |  |                |   |  |   |
| Declaração de nascido vivo nº (**)   |  |                |   |  |   |
| Endereço   |  |                |   |  | Repetir do Titular <input type="checkbox"/> |
| Bairro   |  | Cidade         |   | UF   | CEP   |
| Tel. Res.: ( )   |  | Tel. Com.: ( ) |   | Celular: ( )   |   |
| E-mail   |  |                |   |  |   |
| Autoriza o envio de SMS? ( ) Sim ( ) Não   |  |                | Autoriza o envio de e-mail marketing? ( ) Sim ( ) Não |  |   |

### 5. CONSENTIMENTO DO (A) TITULAR

|   |                               |                                |
|---|-------------------------------|--------------------------------|
| Autorizo o (a) Sr. (a) _____, portador (a) da Identidade nº _____, CPF: _____, residente à _____, na cidade de _____, UF: _____, telefone: (____) _____, e-mail _____, a obter informações acerca de qualquer aspecto relacionado ao plano de saúde no qual estou inscrito. |                               |                                |
| _____<br>Local  | _____ / _____ / _____<br>Data | _____<br>Assinatura do Titular |

## 6. ADESÃO

6.1. Solicito minha adesão como titular em razão do Convênio por Adesão celebrado entre a GEAP Autogestão em Saúde e o (a) \_\_\_\_\_, assim como a inscrição do (s) dependente (s) e grupo familiar, se houver, relacionados nos itens 3 e 4 deste Termo, respectivamente, especificamente para o plano, e, conseqüentemente, me comprometo a pagar as contribuições mensais e coparticipações do plano, na forma seguinte:

### I - Consignação em Folha de Pagamento:

- a) Contribuição mensal para o plano, relativa a minha inscrição e a do(s) meu(s) dependente(s), de acordo com os valores vigentes e estabelecidos pelo Conselho de Administração da GEAP Autogestão em Saúde;
- b) Participação no custeio dos serviços utilizados por mim ou por meu(s) dependente(s) relacionados no item 3 deste Termo - anverso, de acordo com os valores vigentes, estabelecidos pelo Conselho de Administração, com exceção dos planos GEAP Referência Vida e GEAP Saúde Vida, nos quais há previsão de cobrança de participação;
- c) Parcelas de contribuição ou participação em atraso, por ventura, identificadas(s).
- d) Caso a arrecadação prevista nos incisos a, b e c não possa ser efetuada em folha de pagamento, por ausência de margem consignável ou outro motivo que impeça o desconto, a cobrança será realizada mediante título de cobrança bancária – TCB, débito em conta corrente, ou qualquer outro meio hábil e idôneo de cobrança, observados os termos do item II.

### II - Título de cobrança bancária – TCB ou débito em conta corrente: (alíneas “a” e “b”) (considerar os planos GEAP Clássico, GEAP Essencial, GEAP Referência, GEAP Referência Vida e GEAP Saúde Vida)

- a) Contribuição individual do beneficiário pertencente ao grupo familiar do (a) titular, relacionado (s) no item 4 deste Termo, de acordo com os valores vigentes e estabelecidos pelo Conselho de Administração da GEAP Autogestão em Saúde;
- b) Participação no custeio dos serviços utilizados pelo beneficiário pertencente ao Grupo Familiar relacionado (s) no item 4 deste Termo, com exceção do grupo familiar inscrito nos planos GEAP Referência Vida e GEAP Saúde Vida, nos quais não há previsão de cobrança de participação.
- c) Contribuição ou participação, que porventura, não tenha sido consignada em Folha de Pagamento, por falta de margem consignável ou qualquer outro motivo que impeça o desconto em folha.
- d) A cobrança prevista nas alíneas a, b e c, poderá ser realizada por meio de débito em conta corrente, junto aos bancos credenciados.
- e) O vencimento do TCB, para as situações previstas nas alíneas a e b será dia 10 (dez) do mês, podendo ser prorrogada para o próximo dia útil.
- f) Na situação prevista no item c, o TCB terá o vencimento até o dia 20 (vinte) do mês da consignação.

6.2. Declaro ter ciência de que a inscrição ao plano, somente será efetivada para fins de direito, inclusive de carência, quando apresentada este termo na Gerência Regional da GEAP Autogestão em Saúde, nos prazos definidos no Convênio por Adesão celebrado entre a operadora e a patrocinadora/conveniada.

## 7. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

7.1. Será fornecido, ao beneficiário, seus dependentes e grupo familiar, um Cartão de Identificação do Beneficiário - CIB, cuja apresentação é obrigatória, juntamente com documento oficial de identidade, para utilização da cobertura assistencial oferecida pelo plano.

7.2. Ocorrendo extravio do Cartão de Identificação do Beneficiário - CIB, o fato deve ser comunicado imediatamente à Central de Atendimento da GEAP Autogestão em Saúde pelo número 0800 728 8300, ou à Gerência Regional, para que seja solicitada a emissão de novo cartão.

7.3. A GEAP Autogestão em Saúde cobrará do beneficiário o custo correspondente à emissão de 2ª via do cartão, exceto em caso de erro de impressão ou extravio da via anterior.

## TERMO DE ADESÃO

7.4. É de inteira responsabilidade do beneficiário a utilização e a conservação do cartão de identificação, sendo ele de uso pessoal e intransferível.

7.5. A utilização indevida do cartão do beneficiário poderá acarretar aplicação das penalidades previstas no regulamento do plano.

### 8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

8.1. Pelo presente Termo de Responsabilidade, declaro para todos os fins legais, que:

I - Comprometo-me a comunicar à GEAP Autogestão em Saúde qualquer evento que implique em perda do meu direito e/ou de meus dependentes e beneficiários do grupo familiar inscritos no plano, entre eles, casamento, morte, ser beneficiário de outro plano de saúde mantido com recursos do Governo Federal ou qualquer outra situação, dentro do prazo de 30 (trinta) dias a contar da data do evento, estando ciente de que fico sujeito às penalidades previstas no artigo 171 do Código Penal, caso não cumpra este compromisso;

**II – Comprometo-me, após a perda do vínculo com a patrocinadora, a comparecer no RH do órgão ou na Gerência Regional da GEAP, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data da perda do vínculo funcional, para optar pelo direito de manutenção no plano na condição de beneficiário autopatrocinado, na forma do art. 12 da Resolução Normativa/ANS N.º 279/2011.**

III - O cancelamento da inscrição a pedido do titular será realizado após a apresentação de formulário específico, considerando as situações abaixo:

- a) Formulário específico de cancelamento voluntário, conforme modelo da operadora, à unidade de recursos humanos do órgão ou entidade a que estiver vinculado ou em que tiver exercício, no caso de titular vinculado a patrocinadora/conveniada; ou
- b) Formulário específico de cancelamento voluntário, conforme modelo da operadora, à Gerência Regional da GEAP Autogestão em Saúde mais próxima, no caso de titular não vinculado a conveniada/patrocinador e para o grupo familiar.

IV - Nas situações previstas no item III, o titular se obriga a devolver à GEAP Autogestão em Saúde o CIB – Cartão de Identificação de Beneficiário, seu e de seus dependentes/grupo familiar;

IV - Recebi o Estatuto da GEAP Autogestão em Saúde e o regulamento do plano, e tenho conhecimento que, a Relação da Rede Prestadora de Serviços vinculada ao plano, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS e o Guia de Leitura Contratual - GLC estão disponíveis no endereço eletrônico: [www.geap.com.br](http://www.geap.com.br).

V - Tenho conhecimento de que cumprirei, assim como meus dependentes e beneficiários do grupo familiar, os períodos de carência estabelecidos no regulamento do plano, sendo que, durante esse período, somente serão autorizados atendimentos de urgência e emergência;

VI - Manterei o meu endereço e de meus dependentes e beneficiários do grupo familiar sempre atualizados junto a GEAP Autogestão em Saúde;

VII - Tenho conhecimento e assumo o compromisso de pagar as contribuições de que trata o inciso I e II do item 6 deste Termo, por meio de Título de Cobrança Bancária emitido pela GEAP Autogestão em Saúde, no caso em que não for possível a consignação de tais débitos em folha de pagamento;

VIII - Tenho ciência que o não pagamento das contribuições mensais poderá acarretar o cancelamento da inscrição e a inclusão do meu CPF no cadastro do SERASA.

IX - Tenho conhecimento de que as contribuições para o plano serão atualizadas com base em estudos atuariais, observando-se a legislação que trata a matéria; e

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Titular

# TERMO DE ADESÃO

## Exclusivo da GEAP

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local Data Assinatura do Empregado

## Exclusivo da Patrocinadora

Autorizamos a inscrição do servidor/empregado  e dos dependentes  informados neste documento.

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

| AUTORIZADOR          |           |
|----------------------|-----------|
|                      |           |
| Assinatura e Carimbo | Matricula |

## Autorização para débito em conta corrente

NOME BENEFICIÁRIO GRUPO FAMILIAR: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

1. Autorizo o estabelecimento bancário abaixo especificado a debitar, mensalmente, em minha conta corrente, o valor para quitar o título em favor da GEAP Autogestão em Saúde.
2. Comprometo-me, desde já, a manter saldo suficiente para o referido débito, ficando o banco isento de qualquer responsabilidade decorrente da não liquidação do compromisso por insuficiência de provisão na data indicada pela GEAP Autogestão em Saúde.
3. Estou ciente de que, caso não conste no título a expressão "DÉBITO EM CONTA - NÃO RECEBER NO CAIXA", esta deverá ser quitada diretamente junto a uma agência autorizada ao seu recebimento.
4. Qualquer alteração ou inclusão de dados deverá ser participada por mim com antecedência mínima de 30 dias.
5. A GEAP Autogestão em Saúde se reserva o direito de, a qualquer tempo, cancelar a presente prestação de serviço, mediante comunicação por escrito.

|       |    |         |    |    |                |    |    |
|-------|----|---------|----|----|----------------|----|----|
| Banco | Nº | Agência | Nº | DV | Conta Corrente | Nº | DV |
|-------|----|---------|----|----|----------------|----|----|

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

\_\_\_\_\_  
Titular

via do Beneficiário

## TERMO DE ADESÃO

### Autorização para débito em conta corrente

NOME BENEFICIÁRIO GRUPO FAMILIAR: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_-\_\_\_\_

1. Autorizo o estabelecimento bancário abaixo especificado a debitar, mensalmente, em minha conta corrente, o valor para quitar o título em favor da GEAP Autogestão em Saúde.
2. Comprometo-me, desde já, a manter saldo suficiente para o referido débito, ficando o banco isento de qualquer responsabilidade decorrente da não liquidação do compromisso por insuficiência de provisão na data indicada pela GEAP Autogestão em Saúde.
3. Estou ciente de que, caso não conste no título a expressão "DÉBITO EM CONTA - NÃO RECEBER NO CAIXA", esta deverá ser quitada diretamente junto a uma agência autorizada ao seu recebimento.
4. Qualquer alteração ou inclusão de dados deverá ser participada por mim com antecedência mínima de 30 dias.
5. A GEAP Autogestão em Saúde se reserva o direito de, a qualquer tempo, cancelar a presente prestação de serviço, mediante comunicação por escrito.

|       |    |         |    |    |                |    |    |
|-------|----|---------|----|----|----------------|----|----|
| Banco | Nº | Agência | Nº | DV | Conta Corrente | Nº | DV |
|-------|----|---------|----|----|----------------|----|----|

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

via da GEAP

\_\_\_\_\_  
Titular