

**1. DISPOSIÇÕES GERAIS**

Os campos abaixo deverão ser preenchidos com os dados do beneficiário dependente. Se for maior de 18 (dezoito) anos e capaz, necessário assinar no campo específico. Se for menor de 18 (dezoito) anos e/ou incapaz, necessário o preenchimento da Declaração constante no Anexo II, pelo genitor, tutor ou curador do menor e/ou incapaz. Titular ou dependente copatrocinado deve solicitar autorização da patrocinadora. A adesão no plano está condicionada as regras do Convênio por Adesão firmado com a patrocinadora.

**2. TIPO DE ADESÃO**

Origem da adesão: ☐ Geap ☒ Plataforma, qual? CONECTA CONSULTORIA EM BENEFÍCIOS E CORRETORA DE SEGURO

Adesão/Reativação com portabilidade de carências ☒ Não ☐ Sim, observar o disposto nos regulamentos dos planos.

**3. DADOS DO PLANO**

Nome do Plano:

GEAP Para Você DF

**4. DADOS DO TITULAR**

Nome do titular:

Claudio Ulisse

CPF do titular:

059.287.747-70

**5. DADOS DO DEPENDENTE**

Nome:

Luciana Serafim da Cunha

Nome Social:

CPF:

021.612.091-83

Sexo:

☐

Masculino

☒

Feminino

Estado Civil:

SOLTEIRO

Data de nascimento:

04/07/1991

Grau de Parentesco:

COMPANHEIRO(A)

Nome da mãe:

MARIA TEREZA SERAFIM DA CUNHA

Nome do pai:

JOSE GONCALVES DA CUNHA

Cor/raça:

☐

Amarela

☐

Branca

☐

Indígena

☐

Parda

☐

Preta

CNS:

702705139501060

Identidade:

917633

Órgão Expedidor: UF:

SECRETARIA DE SEGU

TO

Data de emissão:

02/07/2015

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

☐ Deficiência auditiva

☐ Deficiência intelectual

☐ Deficiência física

☐ Deficiência psicossocial

☐ Deficiência visual

☒ Não possui

Endereço:

Avenida 2 (Quadras 01 a 10) COND RESID PALLISSANDER BL O AP 302 Número: 302

CEP: 72871145	Bairro: Jardim Céu Azul	Cidade: VALPARAÍSO DE GOIÁS	UF: GO
------------------	----------------------------	--------------------------------	-----------

DDD + Celular Pessoal: ( ) (62) 99953-0986	DDD + Celular Alternativo: ( )	DDD + Tel. Res.: ( )	DDD + Tel. Com.: ( )
---	-----------------------------------	-------------------------	-------------------------

E-mail Pessoal:

CLA\_ULIS@HOTMAIL.COM

Autoriza o envio de SMS marketing:

☐ Sim☒ Não

Autoriza o envio de e-mail marketing:

☐ Sim☒ Não

## 6. PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE - PEP

Você é uma Pessoa Exposta Politicamente? ☐ Sim ☒ Não

Pessoa que tenha desempenhado, nos últimos 5 (cinco) anos, no Brasil ou em outros países, cargos, empregos, ou funções públicas relevantes, assim como os seus representantes, pessoas de seu relacionamento e familiares (Circular 3978 de 23/1/2020).

## 7. TERMO DE RESPONSABILIDADE

**7.1.** 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 incluindo meu dependente, a relação da rede prestadora de serviços vinculadas ao meu plano e do meu dependente, 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, juntamente com meu dependente, disponibilizado por meio da minha patrocinadora;

**II** - Autorizo a Geap Autogestão em Saúde a realizar tratamento dos meus dados pessoais e pessoais sensíveis, em razão do objeto do formulário 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 de Teleatendimento: 0800 728 8300, ou presencialmente nos balcões de atendimento das Unidades Administrativas;

**III** - Tenho conhecimento que, após o dependente - filho(a), enteado(a) - completar 21 (vinte e um) anos de idade, esse será cancelado do plano, salvo no caso do(a) beneficiário(a) titular comprovar 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 dependente - filho(a), enteado(a) - completar 24 (vinte e quatro) anos de idade, esse será cancelado do plano, 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;

**V** - Tenho conhecimento de que ao aderir ao plano, estou concordando com a forma de custeio e valores vigentes, na data da assinatura do presente termo, sobre o qual manifesto expressa e plena anuência à adesão, o que me foi amplamente esclarecido nesta data, renunciando a qualquer outra forma de custeio;

Atualizado em: junho 2024

**VI** - Tenho conhecimento que caso inclua dependente menor de 18 (dezoito) anos e/ou incapaz será necessário o preenchimento e minha assinatura no anexo II deste formulário.

**EXCLUSIVO DO(A) DEPENDENTE**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Local Data Assinatura do(a) dependente maior de 18 (dezoito) anos ou responsável legal quando se tratar de menor e/ou incapaz.

**EXCLUSIVO DO(A) TITULAR**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Local Data Assinatura do(a) titular/responsável legal quando se tratar de titular incapaz.

**EXCLUSIVO DA PATROCINADORA**

Autorizamos a inscrição do(a) dependente do(a) servidor(a)/empregado(a) informado (a) neste formulário.

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

**AUTORIZADOR**

Assinatura e Matrícula

**EXCLUSIVO DA GEAP**

Brasília 30 / 6 / 2025 t.bruna.costa  
Local Data Assinatura do(a) Empregado(a) Geap