



TERMO DE RETORNO

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

() Plano GEAPClássico () Plano GEAP Saúde Vida () Plano GEAP Referência Vida
Registro ANS nº 456.093/07-1 Registro ANS nº 473.881/15-1 Registro ANS nº 473.880/15-2

1. TITULAR

Eu, _____
solicito à GEAP Autogestão em Saúde o retorno ao Plano _____, do(s)
beneficiário(s): Titular, Dependente, Beneficiário(a) Familiar, estando ciente das regras específicas da condição
de retorno que se enquadrar(em).

2. DEPENDENTES

Nome: _____, CPF: _____,
RG: _____, Órgão expedidor: _____, Data da emissão: ____/____/____, Nome da Mãe: _____,
Endereço: _____
_____, Cidade: _____ Estado(UF): _____ CEP: _____, Telefone(fixo): ____/____
_____, Telefone(celular): ____/____, E-mail: _____.

Nome: _____, CPF: _____,
RG: _____, Órgão expedidor: _____, Data da emissão: ____/____/____, Nome da Mãe: _____,
Endereço: _____
_____, Cidade: _____ Estado(UF): _____ CEP: _____, Telefone(fixo): ____/____
_____, Telefone(celular): ____/____, E-mail: _____.

Nome: _____, CPF: _____,
RG: _____, Órgão expedidor: _____, Data da emissão: ____/____/____, Nome da Mãe: _____,
Endereço: _____
_____, Cidade: _____ Estado(UF): _____ CEP: _____, Telefone(fixo): ____/____
_____, Telefone(celular): ____/____, E-mail: _____.

3. GRUPO FAMILIAR

Nome: _____, CPF: _____
→
RG: _____, Órgão expedidor: _____, Data da emissão: ____/____/____, Nome da Mãe: _____,
Endereço: _____
_____, Cidade: _____ Estado(UF): _____ CEP: _____, Telefone(fixo): ____/____
_____, Telefone(celular): ____/____, E-mail: _____.

Nome: _____, CPF: _____
→
RG: _____, Órgão expedidor: _____, Data da emissão: ____/____/____, Nome da Mãe: _____,
Endereço: _____
_____, Cidade: _____ Estado(UF): _____ CEP: _____, Telefone(fixo): ____/____
_____, Telefone(celular): ____/____, E-mail: _____.

Nome: _____, CPF: _____	
_RG: _____, Órgão expedidor: _____, Data da emissão: ____/____/____, Nome da Mãe: _____	
_____, Endereço: _____	
_____, Cidade: _____ Estado(UF): _____ CEP: _____, Telefone(fixo): ____/____	
_____, Telefone(celular): ____/____, E-mail: _____.	

Obs.: Se necessário, utilize o verso do formulário para complementar a lista de Dependentes/Grupo Familiar.

Condição de Retorno:	Resumo
<input type="checkbox"/> REINGRESSO	<p>1 – O plano autoriza o reingresso do titular e seus beneficiários, nas condições estabelecidas no Regulamento do plano, que declaro estar ciente neste ato.</p> <p>2 – Não poderão reingressar no plano:</p> <p>I - o beneficiário cuja inscrição tenha sido cancelada por uso indevido;</p> <p>II - o Titular que tenha sido demitido ou cujo contrato de trabalho tiver sido rescindido por justa causa.</p> <p>3 – Considera-se reingresso o retorno do beneficiário ao plano, desde que não esteja enquadrado ou não opte pela situação de REGULARIZAÇÃO, observando-se também o disposto nos itens 1 e 2 acima.</p> <p>4 – Será computada a contagem de 1 (um) quantitativo de cancelamento a cada REINGRESSO, considerando o motivo do cancelamento definido no normativo do plano.</p> <p>5 – Os REINGRESSOS poderão ser precedidos do cumprimento de novos períodos de carências, conforme o disposto no regulamento do plano.</p> <p>6 – Tendo havido utilização dos serviços por parte dos beneficiários durante o período em que estiveram cancelados, o uso será considerado indevido sendo seu valor cobrado integralmente.</p>
<input type="checkbox"/> REGULARIZAÇÃO	<p>1 – Considera-se regularização, o retorno do beneficiário ao plano na mesma condição em que se encontrava até a ocorrência do cancelamento, enquadrando-se nesta situação, aqueles que retornarem no prazo máximo de 60 dias do cancelamento, desde quite as contribuições mensais, bem como os <i>per capita</i>s vencidos, não se configurando valores pendentes para pagamento até a data do retorno.</p> <p>2 – Não será permitida a REGULARIZAÇÃO da inscrição após o prazo de 60 dias do cancelamento, nem o pagamento das competências às quais o(s) beneficiário(s) permaneceram sem direito de uso, enquadrando-se, no caso, na situação de REINGRESSO.</p>

Para o **RETORNO** da inscrição é obrigatória a autorização de inscrição pela patrocinadora/conveniada no verso deste formulário, em se tratando de pensionista, titular e dependentes. Caso a patrocinadora/conveniada não se disponha a pagar os *per capita*s em atraso, eu, signatário desta, me comprometo a assumir os valores de *per capita*s em aberto.

Estou ciente que mantereí o meu endereço e de meus dependentes e beneficiários do grupo familiar sempre atualizado junto a GEAP Autogestão em Saúde.

Obs: Mais detalhes sobre regras de Regularização/Reingresso e carências podem ser obtidos junto ao SAC 0800 728 8300, ou através da Gerência Regional da GEAP Autogestão em Saúde.

_____ Titular	_____, _____ de _____ de _____ _____ Assinatura do funcionário da GEAP Autogestão em Saúde
------------------	---

4. 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 o plano de saúde no qual estou inscrito.

_____, _____/_____/_____
Local Data Assinatura do Titular

AUTORIZAÇÃO DA PATROCINADORA/CONVENIADA

Autorizo o retorno do(a) servidor(a) e/ou do(s) seu(s) dependente(s) informado(s) no anverso deste formulário, em virtude do cancelamento ocorrido em _____/_____/_____.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura e carimbo do autorizador da
patrocinadora/conveniada

Em se tratando de REGULARIZAÇÃO em virtude da suspensão do pagamento da contribuição mensal do(s) *percapita(s)* no(s) mês(es) de _____/_____, _____/_____ em que o(a) servidor(a) _____ e seu(s) dependentes esteve/estiveram cancelados no plano, autorizo a GEAP Autogestão em Saúde a incluir na próxima fatura o(s) valor(es) referente(s) ao(s) per capita(s) citado(s).

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura e carimbo do autorizador da
patrocinadora/conveniada