



## 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"/> <b>REINGRESSO</b>	<p><b>1</b> – 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><b>2</b> – 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><b>3</b> – Considera-se reingresso o retorno do beneficiário ao plano, desde que não esteja enquadrado ou não opte pela situação de <b>REGULARIZAÇÃO</b>, observando-se também o disposto nos itens 1 e 2 acima.</p> <p><b>4</b> – Será computada a contagem de 1 (um) quantitativo de cancelamento a cada <b>REINGRESSO</b>, considerando o motivo do cancelamento definido no normativo do plano.</p> <p><b>5</b> – Os <b>REINGRESSOS</b> poderão ser precedidos do cumprimento de novos períodos de carências, conforme o disposto no regulamento do plano.</p> <p><b>6</b> – 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"/> <b>REGULARIZAÇÃO</b>	<p><b>1</b> – 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><b>2</b> – Não será permitida a <b>REGULARIZAÇÃO</b> 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 <b>REINGRESSO</b>.</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