

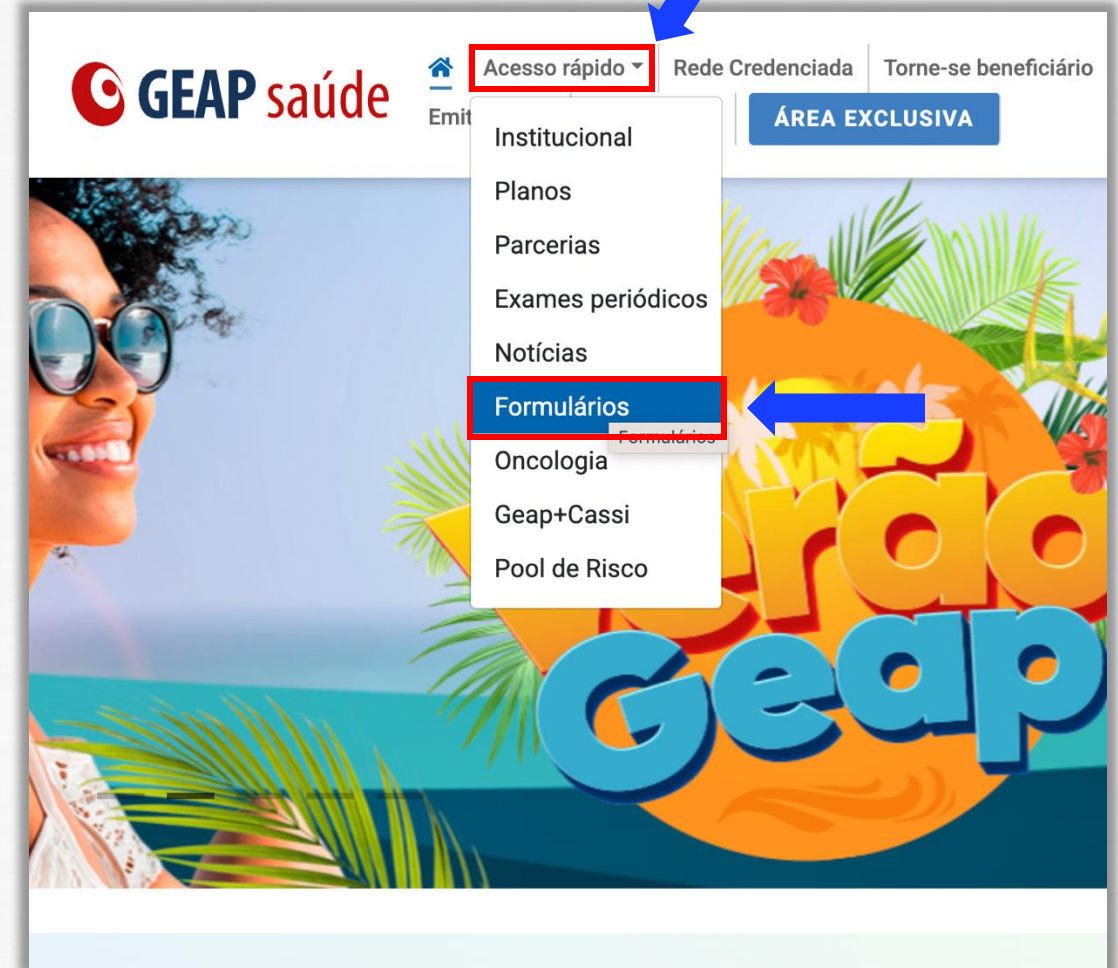
Como alterar categoria no plano de saúde GEAP

Tutorial

Acesso rápido

1

Acessar o site da [GEAP](#), clicar em **Acesso Rápido** e em **Formulários**.



Formulário

2

Clicar em **FORMULÁRIO DE MIGRAÇÃO**.



GEAP saúde

[Acesso rápido](#) | [Rede Credenciada](#) | [Torne-se beneficiário](#)

[Emitir Boleto](#) | [Fale Conosco](#) | **ÁREA EXCLUSIVA**

Formulários

Confira abaixo os formulários disponíveis para download:

- FORMULÁRIO DE ADESÃO/REATIVAÇÃO TITULAR
- FORMULÁRIO DE ADESÃO/REATIVAÇÃO DEPENDENTE
- FORMULÁRIO DE ADESÃO/REATIVAÇÃO AGREGADO
- FORMULÁRIO DE REGULARIZAÇÃO TITULAR
- FORMULÁRIO DE REGULARIZAÇÃO DEPENDENTE
- FORMULÁRIO DE REGULARIZAÇÃO AGREGADO
- FORMULÁRIO DE MIGRAÇÃO**

Formulário

3

Preencher todos os dados e assinar.
Apresentar o termo devidamente preenchido à [GEAP de seu estado](#).



Você pode realizar a assinatura do documento através do [Assinatura Eletrônica do GOV.BR](#).

NÃO é necessária a autorização do órgão/patrocinadora.



FORMULÁRIO DE MIGRAÇÃO

1. DISPOSIÇÕES GERAIS

Os campos abaixo deverão ser preenchidos com os dados do beneficiário que será migrado de plano, podendo ser titular, dependente ou agregado.

A migração está condicionada as regras e aos planos previstos no Convênio por Adesão firmado com a patrocinadora.

A migração ocorrerá no 1º dia do mês subsequente, a contar do recebimento deste formulário na Unidade Administrativa da Geap.

Após a migração o cartão do novo plano poderá ser consultado por meio dos serviços on-line na página ou aplicativo da Geap.

2. DADOS DO PLANO

Plano Atual: _____ Plano de Destino: _____

3. DADOS DO BENEFICIÁRIO

Nome: _____ CPF: _____

RG/CNH: _____ Órgão Expedidor: _____ UF: _____ Data de Emissão: _____

Endereço: _____

CEP: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

DDD + Celular Pessoal: () _____ DDD + Celular Alternativo: () _____ DDD + Tel. Res.: () _____ DDD + Tel. Com.: () _____

E-mail Pessoal: _____

4. DADOS BANCÁRIOS

Nome do banco: _____ Agência: _____ Dv Agência: _____ Nº Conta: _____ Dv Conta: _____ Tipo de conta: Corrente Poupança

Os dados bancários devem ser do **próprio beneficiário**, pessoa física, maior de idade. Utilizado para débito em conta, reembolso, restituição e devoluções.

5. TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

1- Confirmando a leitura e estou de acordo com todo o disposto no Estatuto da Geap Autogestão em Saúde, o regulamento

Dúvidas



Entre em contato com a Central de Atendimento de Pessoal - CAPE pelo e-mail cape.dgp@gestao.gov.br ou compareça em uma de [nossas unidades](#).



cape
CENTRAL DE ATENDIMENTO DE PESSOAL