

TERMO DE RESPONSABILIDADE FINANCEIRA (TITULAR)

1. Eu, _____,
nacionalidade _____, estado civil _____,
filiação _____,
profissão _____, portador(a) da Cédula de Identidade RG
nº _____, CPF _____, assumo, junto à GEAP AUTOGESTÃO EM
SAÚDE nesta data, o compromisso de pagar as contribuições e coparticipações referentes ao plano
do meu agregado, _____, CPF _____,
inscrição _____, tendo ciência que o não pagamento poderá acarretar no cancelamento da
inscrição no plano do meu familiar, bem como a inclusão do meu CPF no cadastro do SERASA.

2. Tenho ciência que deverei manter os meus dados cadastrais e do(a) membro do grupo familiar do
qual sou responsável financeiro sempre atualizados junto à GEAP Autogestão em Saúde.

3. Sendo a expressão da verdade, responsabilizo-me civil e criminalmente pela fidedignidade desta
declaração.

_____ (_____), _____ de _____ de _____.

Local e Data

Assinatura do responsável financeiro