



## INSCRIÇÃO DE DEPENDENTE

À

### FUNDAÇÃO LIBERTAS

Na qualidade de titular do Plano Assistencial da Fundação Libertas, venho requerer de V.Sa. a inscrição do(s) meu(s) dependente(s) abaixo discriminado(s), declarando conhecer o teor do Estatuto da Fundação Libertas de Seguridade Social, bem como o Regulamento específico do Plano Privado de Assistência à Saúde.

1. NOME (sem abreviatura)		CATEGORIA
NASCIMENTO	PARENTESCO	CPF - (obrigatório para maiores de 18 anos)

2. NOME (sem abreviatura)		CATEGORIA
NASCIMENTO	PARENTESCO	CPF - (obrigatório para maiores de 18 anos)

3. NOME (sem abreviatura)		CATEGORIA
NASCIMENTO	PARENTESCO	CPF - (obrigatório para maiores de 18 anos)

4. NOME (sem abreviatura)		CATEGORIA
NASCIMENTO	PARENTESCO	CPF - (obrigatório para maiores de 18 anos)

Pra tanto, encaminho a V. S<sup>as</sup> documentação comprovando o grau de parentesco do(s) dependente(s) supracitado(s) com o titular do plano, tais como: **xerox identidade, certidão de nascimento ou casamento, declaração de condição de saúde do dependente.**

Autorizo o débito mensal das contribuições a que estiver sujeito, após o deferimento da inscrição do(s) meu(s) dependente(s), bem como as participações que me competem globais ou parciais em minha folha de pagamento ou a critério da Fundação Libertas.

### CATEGORIAS

**D** – DEPENDENTE DIRETO    **E** – DEPENDENTE ESPECIAL

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ .

Nome do titular: \_\_\_\_\_

Telefone para contato: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Patrocinadora

\_\_\_\_\_  
Matrícula

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**ANS nº 37821-6**