



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^{as} 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