

▶ INSCRIÇÃO DE DEPENDENTE

**IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR**

Nome do Participante Titular: \_\_\_\_\_ Matrícula Libertas: \_\_\_\_\_

Matrícula na empresa: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

Telefone Residencial: \_\_\_\_\_ Telefone Celular: \_\_\_\_\_ Telefone Profissional: \_\_\_\_\_

**RELAÇÃO DE DEPENDENTE**

Nome: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Sexo M/F: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

CATEGORIA:  **DEPENDENTE DIRETO**  **DEPENDENTE ESPECIAL**

**CAMPO DE PREENCHIMENTO DA FUNDAÇÃO LIBERTAS**

CNS: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Sexo M/F: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

CATEGORIA:  **DEPENDENTE DIRETO**  **DEPENDENTE ESPECIAL**

**CAMPO DE PREENCHIMENTO DA FUNDAÇÃO LIBERTAS**

CNS: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Sexo M/F: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

▶ INSCRIÇÃO DE DEPENDENTE

### DECLARAÇÃO E ASSINATURA

Na qualidade de titular do Plano Assistencial da Fundação Libertas, venho requerer a inscrição do(s) meu(s) dependente(s) acima discriminado(s), declarando conhecer o Regulamento específico do Plano Privado de Assistência à Saúde.

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

Data:

Assinatura do Titular:

### DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

JUNTAMENTE COM ESTE FORMULÁRIO DEVEM SER ENTREGUES OS SEGUINTE DOCUMENTOS:

- **Cópia do documento de identidade e CPF do titular e de todos os dependentes;**
- **Documento comprobatório de parentesco (Certidão de Casamento, Certidão de Nascimento, Declaração de União Estável – disponível no site da Fundação Libertas);**
- **Declaração de Condições de Saúde dos dependentes.**