



## FICHA DE INSCRIÇÃO PLANO ASSISTENCIAL

INSCRIÇÃO LIBERTAS

NOME DO PARTICIPANTE TITULAR (Sem abreviatura)

PATROCINADORA

MATRÍCULA NA PATROCINADORA

LOCAL DE TRABALHO

DATA DE ADMISSÃO

DATA DE NASCIMENTO

SEXO F/M

ESTADO CIVIL

Solteiro  Casado  Viúvo  Desquitado  Divorciado  Separado

FILIAÇÃO

CPF DO PARTICIPANTE TITULAR

Nº DA CARTEIRA DE IDENTIDADE

NACIONALIDADE

CNS - (CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE)

ENDEREÇO / LOGRADOURO

Nº

COMPLEMENTO

BAIRRO / DISTRITO

MUNICÍPIO

UF

CEP

TELEFONE RESIDENCIAL (DDD)

TELEFONE COMERCIAL (DDD)

Declaro, para os devidos fins, conhecer o teor do Estatuto da Fundação LIBERTAS de Seguridade Social, bem como do Regulamento do Plano Assistencial no qual me inscrevo neste ato e cujos dispositivos me obrigo a observar e cumprir. Na qualidade de participante, comprometo-me a pagar as contribuições mensais a que estiver sujeito, inclusive a minha co-participação nas despesas assistenciais, quando for o caso, através de desconto em minha remuneração ou da forma determinada pela Fundação.

Belo Horizonte, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura do Participante

**ANS nº 37821-6**

## RELAÇÃO DE DEPENDENTES

NOME (Sem abreviatura)		ESTADO CIVIL	SEXO	DATA DE NASCIMENTO
GRAU DE PARENTESCO	NOME DA MÃE			CNS
NOME (Sem abreviatura)		ESTADO CIVIL	SEXO	DATA DE NASCIMENTO
GRAU DE PARENTESCO	NOME DA MÃE			CNS
NOME (Sem abreviatura)		ESTADO CIVIL	SEXO	DATA DE NASCIMENTO
GRAU DE PARENTESCO	NOME DA MÃE			CNS
NOME (Sem abreviatura)		ESTADO CIVIL	SEXO	DATA DE NASCIMENTO
GRAU DE PARENTESCO	NOME DA MÃE			CNS
OBSERVAÇÃO:				
DATA DE ENTRADA		DATA DE DEFERIMENTO	DEFERIMENTO	
				<b>ANS nº 37821-6</b>