

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:

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.**