Preencha os campos de texto e marque as opções aplicáveis clicando nas caixas de seleção.

1. Dados do(a) Titular

Nome completo do(a) Titular: **Matrícula:**

Nome social: **Data de admissão:**

Data de nascimento: **Sexo:** ☐ M ☐ F **Gênero:**

Lotação: **CNS:**

CPF: **RG:** **Órgão exp./UF:** **Estado civil:**

Filiação – Nome do Pai:

Filiação – Nome da Mãe:

CEP: **Endereço:** **Número:**

Complemento: **Bairro:** **Cidade:** **UF:**

Tel. residencial: **Tel. celular:** **E-mail:**

2. Dados Bancários (anexar comprovação)

Banco: **Agência:** **Conta corrente:**

3. Dados dos Dependentes Declarados

1

Nome completo: **CNS:**

Nome social: **Grau de parentesco:**

Sexo: ☐ M ☐ F **Gênero:** **Data de nascimento:**

CPF: **RG:** **Órgão exp./UF:**

Nome completo da mãe: **Nome completo do pai:**

2

Nome completo: **CNS:**

Nome social: **Grau de parentesco:**

Sexo: ☐ M ☐ F **Gênero:** **Data de nascimento:**

CPF: **RG:** **Órgão exp./UF:**

Nome completo da mãe: **Nome completo do pai:**

SHCGN CR, Quadra 704/705
Bloco "C", loja 48, Asa Norte

CNPJ: 11.828.089/0001-03
Brasília · DF · CEP: 70730-630

0800 940 8310
luminarsaude.org.br

ANS nº 418374

3

Nome completo: **CNS:**

Nome social: **Grau de parentesco:**

Sexo: ☐ M ☐ F **Gênero:** **Data de nascimento:**

CPF: **RG:** **Órgão exp./UF:**

Nome completo da mãe: **Nome completo do pai:**

4

Nome completo: **CNS:**

Nome social: **Grau de parentesco:**

Sexo: ☐ M ☐ F **Gênero:** **Data de nascimento:**

CPF: **RG:** **Órgão exp./UF:**

Nome completo da mãe: **Nome completo do pai:**

4. Declaração

4.1 – Declaro que, ao assinar o presente termo de adesão, tomei conhecimento do regulamento do plano Luminar Odonto+, aceitando-o em sua totalidade.

Ademais, declaro:

Estar ciente de que as coberturas asseguradas pelo produto ora contratado deverão observar os períodos de carência estabelecidos em regulamento, quando for o caso;

Estar ciente de que, para validação do presente documento, meus dependentes e eu deveremos preencher todos os requisitos estabelecidos pela Luminar Saúde.

5. Autorização

☐ Autorizo que a Luminar Saúde proceda ao desconto em folha de pagamento dos valores decorrentes de despesas de uso do plano Luminar Odonto+.

Abaixo informe qual a empresa você faz parte:

Nome da empresa:

Local e Data: , de de 20

Mês para início do plano: de 20

**Respeitados os prazos estipulados conforme calendário de adesão.*

Assinatura do(a) Titular

A análise desta proposta fica condicionada à entrega da cópia da documentação exigida, e seu deferimento em consonância com as normas vigentes. Após o processamento e deferimento, o referido documento torna-se válido como contrato de adesão, recebendo o titular uma via deste.

SHCGN CR, Quadra 704/705
Bloco "C", loja 48, Asa Norte

CNPJ: 11.828.089/0001-03
Brasília · DF · CEP: 70730-630

0800 940 8310
luminarsaude.org.br

ANS nº 418374

Documentação (Cópia simples)

Titular: RG, CPF, cópia da carteira de trabalho comprovando o vínculo com a empresa (empregadora).

Cônjuge: Certidão de casamento atualizada, CPF, RG.

Companheiro(a): Certidão de união estável atualizada, CPF, RG.

Filho(a) e enteado(a) menor de 21 anos: CPF; até 16 anos, certidão de nascimento; acima de 16 anos, RG; pacto de convivência com o titular emitido em cartório e declaração de IR do titular constando a dependência para o caso de enteado(a); declaração no ato da adesão de que o dependente não é emancipado(a).

Filho(a) e enteado(a) menor de 24 anos quando universitário, limitada à primeira graduação: RG, CPF, declaração de matrícula atualizada naquele semestre, pacto de convivência com o titular emitido em cartório e declaração de IR do titular constando a dependência para o caso de enteado(a).

Curatelado(a): CPF; certidão de nascimento (até 16 anos) ou RG (maior de 16 anos); termo de curatela.

Menor sob guarda em processo de adoção: CPF; certidão de nascimento (até 16 anos) ou RG (maior de 16 anos); comprovante da guarda.

SHCGN CR, Quadra 704/705
Bloco "C", loja 48, Asa Norte

CNPJ: 11.828.089/0001-03
Brasília · DF · CEP: 70730-630

0800 940 8310
luminarsaude.org.br

ANS nº 418374