

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:
CPF: E-mail:

2. Dados dos Dependentes

1 Nome completo:
Parentesco: CNS:
Nome social:
Sexo: ☐ M ☐ F Gênero: Data de nascimento:
CPF: RG: Órgão exp./UF:
Mãe: Pai:

2 Nome completo:
Parentesco: CNS:
Nome social:
Sexo: ☐ M ☐ F Gênero: Data de nascimento:
CPF: RG: Órgão exp./UF:
Mãe: Pai:

3. Declaração

3.1 – Declaro que, ao assinar o presente documento de inclusão de dependentes, tomei conhecimento do regulamento e das normas vigentes, aceitando-os na totalidade.

3.2 – Declaro ainda:

- i) Estar ciente de que as coberturas asseguradas pelo plano deverão observar os períodos de carência estabelecidos no regulamento e normas vigentes do plano;
- ii) Estar ciente que para validade do presente documento, meu(s) dependente(s) deve(m) preencher todos os requisitos estabelecidos no regulamento e normas vigentes do plano;

4. Autorização

☐ Autorizo a Luminar Saúde a proceder com os descontos dos valores de coparticipação decorrentes do uso do plano Luminar Odonto+, de meus dependentes aqui declarados.

A análise desta proposta fica condicionada à entrega da cópia da documentação exigida, e seu deferimento em consonância com as normas vigentes.

Local e Data:
DD MM AAAA

Assinatura do Titular

Documentos necessários por dependente

- **Cônjuge/companheiro(a):** RG, CPF, certidão de casamento ou união estável.
- **Filhos/enteados menores de 21 anos:** CPF, RG, certidão de nascimento.
- **Filhos/enteados maiores de 21 anos, se universitários:** CPF, RG, certidão de nascimento, declaração de estudante universitário emitida por instituição de ensino superior.
- **Filhos/enteados incapacitados de forma permanente para o trabalho:** RG, CPF, laudo médico comprovando a incapacidade.
- **Menores sob tutela:** RG, CPF, termo de curatela.