

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:			
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:					

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 Renovatio, aceitando-o em sua totalidade.

4.2 – Declaro ainda:

- i) Estar ciente de que as coberturas asseguradas pelo produto ora contratado deverão observar os períodos de carência estabelecidos em regulamento, quando for o caso;
- ii) Estar ciente de que, para validação do presente documento, meus dependentes e eu deveremos preencher todos os requisitos estabelecidos pela Luminar Saúde;
- iii) Estar ciente que no caso do plano de saúde Luminar Odonto+, todos os beneficiários estão sujeitos ao pagamento de coparticipação;
- iv) Estar ciente que o plano Luminar Renovatio adota a seguinte tabela de mensalidade:

Faixa Etária	Valor-Base
00-18	R\$ 307,93
19-23	R\$ 394,14
24-28	R\$ 418,76
29-33	R\$ 431,06
34-38	R\$ 471,07
39-43	R\$ 538,80
44-48	R\$ 754,29
49-53	R\$ 1.009,89
54-58	R\$ 1.133,09
59-MM	R\$ 1.578,99

5. Autorização

- ☐ Autorizo que a Luminar Saúde proceda com cobrança mensal dos valores decorrentes de despesas de uso do plano Luminar Renovatio, incluindo a mensalidade.
- ☐ O(a) beneficiário(a) deseja aderir também ao plano Luminar Odonto+.

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.

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.