

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

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

4

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;
- 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

4. 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)s dependente(s) deseja(m) aderir também ao plano Luminar Odonto+.

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.