



APAMAGIS

## Associação Paulista de Magistrados

### FICHA DE INSCRIÇÃO – CCH

Titular: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Convênio Médico: \_\_\_\_\_

Nome			
Parentesco	Data de Nasc.	CPF (OBRIGATÓRIO)	Convênio Médico (OBRIGATÓRIO)
Nome			
Parentesco	Data de Nasc.	CPF (OBRIGATÓRIO)	Convênio Médico (OBRIGATÓRIO)
Nome			
Parentesco	Data de Nasc.	CPF (OBRIGATÓRIO)	Convênio Médico (OBRIGATÓRIO)
Nome			
Parentesco	Data de Nasc.	CPF (OBRIGATÓRIO)	Convênio Médico (OBRIGATÓRIO)
Nome			
Parentesco	Data de Nasc.	CPF (OBRIGATÓRIO)	Convênio Médico (OBRIGATÓRIO)

Estou ciente que é requisito para a inscrição e permanência na Caixa, a comprovação de titularidade de Plano de Saúde, e da carência de 10 meses para poder solicitar o reembolso.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(local e data)

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do titular*

Nº Interno APAMAGIS:

