



Associação Paulista de Magistrados

CADASTRO – FUNDO DE EMERGÊNCIA

MAGISTRADO/PENSIONISTA

Nome completo: _____

CPF: _____ Plano de Saúde: _____

Beneficiário dependente econômico

Nome completo: _____

CPF: _____ Dt. Nasc.: ____/____/____

Estado Civil: _____ Parentesco: _____ Plano de Saúde: _____

Nome completo: _____

CPF: _____ Dt. Nasc.: ____/____/____

Estado Civil: _____ Parentesco: _____ Plano de Saúde: _____

Nome completo: _____

CPF: _____ Dt. Nasc.: ____/____/____

Estado Civil: _____ Parentesco: _____ Plano de Saúde: _____

Nome completo: _____

CPF: _____ Dt. Nasc.: ____/____/____

Estado Civil: _____ Parentesco: _____ Plano de Saúde: _____

Nome completo: _____

CPF: _____ Dt. Nasc.: ____/____/____

Estado Civil: _____ Parentesco: _____ Plano de Saúde: _____

Estou ciente do prazo de carência de seis (6) meses contados a partir da minha admissão no Fundo de Emergência.

Assinatura

SP, ____/____/____.