



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, ____/____/____.

