



**PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL DA 3ª REGIÃO**

OPÇÃO PARA O PLANO DE SAÚDE AMIL – VIGÊNCIA: A PARTIR DE 01/10/2020

R.F.:		() Pensionista () Aposentado(a)
Nome:		
Celular:		
Email externo		
*Estado Civil		

*ESTADO CIVIL = 1 - Solteiro / 2 - Casado / 3 - Viúvo / 4 – Separado / 5 - Divorciado / 6 - Outros

Dependente(s) (TIPO = 2 – Cônjuge / 3 - Filho/Filha / 4 – Outros)**

Nome:			
Nome da mãe:			
**Tipo:	Dt. Nascimento:		C.P.F.:

Nome:			
Nome da mãe:			
**Tipo:	Dt. Nascimento:		C.P.F.:

Nome:			
Nome da mãe:			
**Tipo:	Dt. Nascimento:		C.P.F.:

Nome:			
Nome da mãe:			
**Tipo:	Dt. Nascimento:		C.P.F.:

Manifesto minha vontade (junto com os meus dependentes) de:

() ADESÃO Ao plano: () AMIL 500 TRF
() MIGRAÇÃO () AMIL 700 TRF

São Paulo, ___/___/ 2020.

Assinatura