



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

OPÇÃO PARA O PLANO DE SAÚDE UNIMED – VIGÊNCIA: A PARTIR DE 01/02/2021

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

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

Dependente(s) para inclusão no novo plano (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 a vontade de adesão (junto com os meus dependentes) ao seguinte plano:

() Plano UNIMED

_____, ___/___/2021
