



## **DECLARAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_ servidor (a) desvinculado(a), conforme processo administrativo nº \_\_\_\_\_. Declaro para os devidos fins, ter interesse em permanecer no plano de assistência à saúde TRFMED.

Declaro que meus contatos de e-mail e telefone celular são:

E-mail:

Celular: ( ) \_\_\_\_\_

Declaro estar ciente das eventuais cobranças de coparticipação, referentes ao uso durante vigência do plano, as quais podem ocorrer mesmo após o prazo de permanência.

Declaro estar ciente da forma de pagamento por PIX.

Declaro ainda estar ciente dos efeitos do artigo 1º da Instrução Normativa que trata sobre beneficiários sem vínculo com a Justiça Federal da 5ª Região.

---

Recife, de de 20 .