



**FORMULÁRIO DO RECADASTRAMENTO 2015**

Ativo  
 Aposentado  
 Pensionista

**INFORMAÇÕES DO SEGURADO**

Nome: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Data de Emissão: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: SSP / \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Naturalidade Cidade: \_\_\_\_\_ Naturalidade UF: \_\_\_\_\_

Nome do Pai: \_\_\_\_\_

Nome do Mãe: \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES PARA CONTATO**

Endereço: \_\_\_\_\_ nº: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Tel. Residencial: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: \_\_\_\_\_ Tel. Recado: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**DEPENDENTES PREVIDENCIÁRIOS**

Caso tenha dependentes previdenciários, informe os dados dele(a) observando os seguintes critérios de Tipo de Dependente:

**Cônjuge** com casamento documentado; **Companheiro(a)** com união estável comprovada; **Filho(a)** menor de 21 anos não emancipado ou inválido com dependência econômica; **Pai ou Mãe** com dependência econômica; **Irmão(ã)** menor de 21 anos não emancipado ou inválido com dependência econômica; **Enteado(a)** menor de 21 anos não emancipado com dependência econômica; **Tutelado(a)** menor de 21 anos não emancipado com dependência econômica.

Nome do Dependente:	Data de Nascimento: ____/____/____
Nome da Mãe do Dependente:	Início da Dependência: ____/____/____
Tipo de Dependente:	CPF do Dependente:

Nome do Dependente:	Data de Nascimento: ____/____/____
Nome da Mãe do Dependente:	Início da Dependência: ____/____/____
Tipo de Dependente:	CPF do Dependente:

Nome do Dependente:	Data de Nascimento: ____/____/____
Nome da Mãe do Dependente:	Início da Dependência: ____/____/____
Tipo de Dependente:	CPF do Dependente:

Nome do Dependente:	Data de Nascimento: ____/____/____
Nome da Mãe do Dependente:	Início da Dependência: ____/____/____
Tipo de Dependente:	CPF do Dependente:

Declaro sob as penas da Lei que as informações acima prestadas são verdadeiras.

Local: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2015.

Assinatura: \_\_\_\_\_

**A não realização deste implicará na suspensão do pagamento conforme Decreto nº 6.910/2013.**