

FORMULÁRIO RECADASTRAMENTO E RECENSEAMENTO PREVIDENCIÁRIO – ANEXO I

DADOS PESSOAIS	Nome _____				
	Nome da mãe (não abreviar) _____		Nome do pai _____		
	Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado Legalmente <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado, mas separado de fato desde: _____ / _____ / _____ <small>(Caso possua cônjuge ou companheiro preencher os dados na área de dependentes)</small>		Convive ou já conviveu em união estável? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <small>() Possuo atualmente união estável desde _____ / _____ / _____ () Não possuo atualmente união estável, a mesma ocorreu no período de _____ / _____ a _____ / _____</small>		Dados da união estável:
	Nacionalidade <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Outra _____		UF Naturalidade	Naturalidade (nome da cidade)	
	Escolaridade atual:		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Pessoa com Deficiência (PcD)? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
CPF	RG	Órgão Expedidor	Data da Emissão RG	UF RG	PASEP / PIS / NIT

ENDERECO DE CONTATO	Tipo logradouro (rua,avenida etc) _____		Nome do Logradouro _____		Nº _____	UF Logradouro	Cidade _____
	Bairro _____			CEP _____		Complemento (Apartamento, bloco, etc)	
	Telefone DDD () _____	Celular DDD () _____	E-MAIL (obrigatório) _____				

VÍNCULOS FUNCIONAIS	Vínculo Funcional 1º (Cargo efetivo atual)			
	Cargo _____	Matrícula _____	Órgão, Autarquia, Fundação: _____	Data Exercício do Cargo _____
	Local de Trabalho (nome da escola, setor, unidade, etc) _____		Situação Funcional: <input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Afastado pelo motivo: _____	
Vínculo Funcional 2º (Preencher no caso de Cargos Públicos Acumuláveis)				
Regime Outro RPPS <input type="checkbox"/> INSS <input type="checkbox"/>	Matrícula _____	Órgão _____	Data Exercício do Cargo _____	
Cargo _____		Situação Funcional: <input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Afastado pelo motivo: _____		

ACUMULÔ DE BENEFÍCIOS	<input type="checkbox"/> Não recebo aposentadoria ou pensão de quaisquer Regimes de Previdência.				
	<input type="checkbox"/> Recebo Benefício Previdenciário (Caso receba Aposentadoria/Pensão).				
	Tipo de Benefício _____	Data Início do Benefício _____		Última Remuneração Bruta _____	Mês/Ano _____
				Órgão <input type="checkbox"/> INSS <input type="checkbox"/> Outro: _____	

DEPENDENTES PREVIDENCIÁRIOS	Dependente 1º				
	Nome _____				
	Data de nascimento	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nome da mãe _____		
	Nome do pai _____		CPF	PASEP / PIS / NIT	RG
	Tipo de Dependência: <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Companheiro(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Outro: _____		Data de Início da Dependência: _____		Motivo de Início: <input type="checkbox"/> Nascimento <input type="checkbox"/> Casamento <input type="checkbox"/> Invalidez <input type="checkbox"/> Outro: _____
	Dependente 2º				
	Nome _____				
	Data de nascimento	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nome da mãe _____		
	Nome do pai _____		CPF	PASEP / PIS / NIT	RG
Tipo de Dependência: <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Companheiro(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Outro: _____		Data de Início da Dependência: _____		Motivo de Início: <input type="checkbox"/> Nascimento <input type="checkbox"/> Casamento <input type="checkbox"/> Invalidez <input type="checkbox"/> Outro: _____	

Data

Assinatura Recenseador

Assinatura Servidor

FORMULÁRIO RECADASTRAMENTO E RECENSEAMENTO PREVIDENCIÁRIO – ANEXO I

DEPENDENTES PREVIDENCIÁRIOS	Dependente 3º			
	Nome			
	Data de nascimento	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nome da mãe	
	Nome do pai		CPF	PASEP / PIS / NIT
	Tipo de Dependência: <input type="checkbox"/> Cônjugue <input type="checkbox"/> Companheiro(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Outro:		Data de Início da Dependência:	
			Motivo de Início: <input type="checkbox"/> Nascimento <input type="checkbox"/> Casamento <input type="checkbox"/> Invalidez <input type="checkbox"/> Outro:	
	Dependente 4º			
Nome				
Data de nascimento	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nome da mãe		
Nome do pai		CPF	PASEP / PIS / NIT	
Tipo de Dependência: <input type="checkbox"/> Cônjugue <input type="checkbox"/> Companheiro(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Outro:		Data de Início da Dependência:		
		Motivo de Início: <input type="checkbox"/> Nascimento <input type="checkbox"/> Casamento <input type="checkbox"/> Invalidez <input type="checkbox"/> Outro:		
Dependente 5º				
Nome				
Data de nascimento	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nome da mãe		
Nome do pai		CPF	PASEP / PIS / NIT	
Tipo de Dependência: <input type="checkbox"/> Cônjugue <input type="checkbox"/> Companheiro(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Outro:		Data de Início da Dependência:		
		Motivo de Início: <input type="checkbox"/> Nascimento <input type="checkbox"/> Casamento <input type="checkbox"/> Invalidez <input type="checkbox"/> Outro:		
Dependente 6º				
Nome				
Data de nascimento	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nome da mãe		
Nome do pai		CPF	PASEP / PIS / NIT	
Tipo de Dependência: <input type="checkbox"/> Cônjugue <input type="checkbox"/> Companheiro(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Outro:		Data de Início da Dependência:		
		Motivo de Início: <input type="checkbox"/> Nascimento <input type="checkbox"/> Casamento <input type="checkbox"/> Invalidez <input type="checkbox"/> Outro:		