INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO SERVIDOR MUNICIPAL DE DIADEMA
Estado de São Paulo

☐ Aposentado
☐ Pensionista

FORMULÁRIO DE RECADASTRAMENTO

INFORMAÇÕES DO(A) SEGURADO(A)

Nome:

Prontuário: CPF: . . - Estado Civil: Sexo: M F

RG: Órgão Emissor RG: UF RG:

Data de Emissão RG: / / Data de Nascimento / / Nacionalidade

Raça/Cor: (Branca/Preta/Parda/Amarela/Indígena)

Naturalidade Cidade: Naturalidade UF:

Nome do Pai:

Nome da Mãe:

INFORMAÇÕES PARA CONTATO

Endereço:

Nº: Complemento: Bairro:

Município: UF: CEP: -

Telefone Residencial (com DDD): Telefone Celular (com DDD): Telefone Recado (com DDD):

Email:

DEPENDENTES PREVIDENCIÁRIOS

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

1.Cônjuge com casamento documentado; **2.Companheiro(a)** com união estável comprovada; **3.Filho(a)** menor de 21 anos não emancipado ou inválido; **4.Pai ou Mãe** com dependência econômica; **5.Irmão(ã)** menor de 21 anos não emancipado ou inválido com dependência econômica; **6.Enteado(a)** menor de 21 anos não emancipado com dependência econômica; **7.Tutelado(a)** menor de 21 anos não emancipado com dependência econômica.

Nome:

Nome da Mãe:

Data do Nascimento: / / Início da Dependência: / / CPF do Dependente: . . - CÓDIGO

Nome:

Nome da Mãe:

Data do Nascimento: / /

Início da Dependência: / /

CPF do Dependente: . . -

CÓDIGO

Nome:

Nome da Mãe:

Data do Nascimento: / /

Início da Dependência: / /

CPF do Dependente: . . -

CÓDIGO

Nome:

Nome da Mãe:

Data do Nascimento: / /

Início da Dependência: / /

CPF do Dependente: . . -

CÓDIGO

Nome:

Nome da Mãe:

Data do Nascimento: / /

Início da Dependência: / /

CPF do Dependente: . . -

CÓDIGO

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

Local: _____, _____/_____/_____.

Assinatura:_____

A não realização deste implicará na suspensão do benefício conforme parágrafo único do art. 101 da LCM 220/05.