



CENSO PREVIDENCIÁRIO 2020

**Formulário para:
APOSENTADO ou REFORMADO**

Nome:	ID
--------------	-----------

CPF:	Data de Nascimento: ____/____/____	Sexo: () Feminino () Masculino
-------------	----------------------------------------------	--------------------------------------------

Número Identidade:	Órgão e UF do emissor Identidade:	Data emissão identidade: ____/____/____
---------------------------	------------------------------------------	---------------------------------------------------

Tipo documento Identidade: () Carteira de Habilitação - CNH () Registro Geral - RG () Passaporte () Carteira de Trabalho - CTPS () Registro Nacional de Estrangeiro - RNE () Carteira de Identificação Funcional () Carteira de Entidade de Classe	Número do PIS-PASEP:
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------

Estado Civil: () Divorciado () Separado judicialmente () Solteiro () Viúvo () União estável () Casado () Outro. Especificar: _____	Título de Eleitor Número: _____ Zona: _____ Seção: _____
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------

Logradouro: _____

Nº _____ Complemento: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ Estado: _____

E-mail: _____

Telefone: (____) _____ WhatsApp: (____) _____

CONTATO DE EMERGÊNCIA

Nome:	Parentesco:
Telefone: (____) _____	Telefone: (____) _____

____/____/____
Data do preenchimento:

Assinar igual a identidade



Formulário para: APOSENTADO ou REFORMADO

DEPENDENTES

Nome do dependente:			
---------------------	--	--	--

CPF do dependente:	Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	Data de Nascimento do dependente: ____/____/____	Condição do dependente: <input type="checkbox"/> Válido <input type="checkbox"/> Inválido
--------------------	-------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------

Grau de parentesco:	<input type="checkbox"/> Pais	<input type="checkbox"/> Outros. Especificar:
<input type="checkbox"/> Cônjuge, companheira, companheiro	<input type="checkbox"/> Filho inválido ou com deficiência	
<input type="checkbox"/> Irmão não emancipado, menor de 21 anos ou inválido ou com deficiência	<input type="checkbox"/> Filho não emancipado, menor de 21 anos ou outra idade legislação RPPS	

Nome do Responsável:	Telefone do Responsável: () _____
----------------------	---------------------------------------

Nome do dependente:			
---------------------	--	--	--

CPF do dependente:	Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	Data de Nascimento do dependente: ____/____/____	Condição do dependente: <input type="checkbox"/> Válido <input type="checkbox"/> Inválido
--------------------	-------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------

Grau de parentesco:	<input type="checkbox"/> Pais	<input type="checkbox"/> Outros. Especificar:
<input type="checkbox"/> Cônjuge, companheira, companheiro	<input type="checkbox"/> Filho inválido ou com deficiência	
<input type="checkbox"/> Irmão não emancipado, menor de 21 anos ou inválido ou com deficiência	<input type="checkbox"/> Filho não emancipado, menor de 21 anos ou outra idade legislação RPPS	

Nome do Responsável:	Telefone do Responsável: () _____
----------------------	---------------------------------------

Nome do dependente:			
---------------------	--	--	--

CPF do dependente:	Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	Data de Nascimento do dependente: ____/____/____	Condição do dependente: <input type="checkbox"/> Válido <input type="checkbox"/> Inválido
--------------------	-------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------

Grau de parentesco:	<input type="checkbox"/> Pais	<input type="checkbox"/> Outros. Especificar:
<input type="checkbox"/> Cônjuge, companheira, companheiro	<input type="checkbox"/> Filho inválido ou com deficiência	
<input type="checkbox"/> Irmão não emancipado, menor de 21 anos ou inválido ou com deficiência	<input type="checkbox"/> Filho não emancipado, menor de 21 anos ou outra idade legislação RPPS	

Nome do Responsável:	Telefone do Responsável: () _____
----------------------	---------------------------------------

CPF do recenseador:

Nome do recenseador:

CPF do recenseador:

Nome do recenseador: