

**RECADASTRAMENTO PREVIDENCIÁRIO ANUAL DO ANO DE 2024****1 – DADOS BÁSICOS:**

Nome completo:

Classificação: **Aposentado** () **Pensionista** ()Matrícula: _____ CPF: _____ Sexo: () M () F

CI _____ Dt. de Nasc.: ____ / ____ / ____ Idade: _____

Estado civil: _____

Pai: _____

Mãe: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Cidade: **JOÃO NEIVA** UF:ES CEP:**29680-000**

Telefone(s): (27) _____

WhatsApp: (27) _____

E-mail:HOTMAIL.COM/GMAIL.COM/YAHOO.COM.BR

2 – DADOS DEPENDENTES*Possui dependentes para fins previdenciários? () SIM () NÃO***CASO SIM:**

Nome do dependente: _____

Vínculo (se é filho/cônjuge/etc): _____

CPF: _____ Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Dependente é inválido com dependência econômica? () SIM () NÃO

Nome do dependente: _____

Vínculo (se é filho/cônjuge/etc): _____

CPF: _____ Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Dependente é inválido com dependência econômica? () SIM () NÃO

Nome do dependente: _____

Vínculo (se é filho/cônjuge/etc): _____

CPF: _____ Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Dependente é inválido com dependência econômica? () SIM () NÃO



*Possui dependentes para fins de imposto de renda? () SIM () NÃO

***CASO SIM:**

Nome do dependente: _____

Vínculo (se é filho/cônjuge/etc): _____

CPF: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Dependente é inválido com dependência econômica? () SIM () NÃO

Nome do dependente: _____

Vínculo (se é filho/cônjuge/etc): _____

CPF: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Dependente é inválido com dependência econômica? () SIM () NÃO

Nome do dependente: _____

Vínculo (se é filho/cônjuge/etc): _____

CPF: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Dependente é inválido com dependência econômica? () SIM () NÃO

Declaro serem verdadeiras as informações contidas neste formulário, sob as penas da Lei.

Cidade: JOÃO NEIVA

_____ de junho de 2024.

Assinatura do Segurado