

ANEXO II
Formulário Recenseamento Previdenciário – Ano 2023 – Aposentado

DADOS PESSOAIS			
Nome :			
RG:	CPF:		
Endereço:			CEP:
Bairro:	Cidade:	UF:	
Fone:	Fone recado:		
E-MAIL:			
Informar a etnia: () amarelo () branco () indígena () pardo () preto			

DEPENDENTES PREVIDENCIÁRIOS <u>PREFERENCIAIS</u>	
Possui cônjuge ou companheiro (a) de união estável?	
SIM, Cônjuge () SIM, Companheiro(a) () NÃO ()	
Nome:	
CPF:	Sexo: M () F ()
Data de nascimento:	Data do casamento ou início da união estável:

Possui filho(a) menor de 21 anos de idade? SIM (), Quantos? () NÃO ()	
Nome 1:	Sexo: M () F ()
Nome 2:	Sexo: M () F ()
Nome 3:	Sexo: M () F ()

Possui filho(a) considerado(a) inválido(a) ou incapaz (de qualquer idade)?	
SIM (), Quantos? () NÃO ()	
Nome:	
CPF:	
Data de nascimento:	Sexo: F () M ()

Possui enteado(a) menor de 21 anos de idade que dependa economicamente de você?	
SIM (), Quantos? () NÃO ()	
Nome:	
CPF:	
Data de nascimento:	Sexo: M () F ()

Possui a TUTELA de um(a) menor de 21 anos de idade e que dependa economicamente de você? SIM (), Quantos? () NÃO ()	
Nome:	
CPF:	
Data de nascimento:	Sexo: F () M ()

Declaro estar ciente de que as informações aqui prestadas são para fins de censo cadastral e que a concessão de qualquer benefício estará condicionada à comprovação da dependência conforme exigências previstas em legislação vigente.

Declaro também inteira responsabilidade pelas informações prestadas e declaro, ainda, que são verdadeiras as informações que ora presto, nos termos do art. 2º da Lei Federal nº 7.115, de 29 de agosto de 1983, e sob as penalidades do art. 299, do Código Penal Brasileiro.

Data _____

Assinatura