

ANEXO I

FORMULÁRIO RECADASTRAMENTO APOSENTADO

NOME :		
RG:	CPF:	
ENDEREÇO:		CEP:
BAIRRO:	CIDADE:	UF:
FONE:	FONE RECADO:	
E-MAIL:		

POSSUI CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A) DE UNIÃO ESTÁVEL: () SIM () NÃO

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ SEXO: () F () M

DATA DE CASAMENTO OU UNIÃO ESTÁVEL: _____

DEPENDENTE (S) MENORES DE 21 ANOS		() SIM () NÃO	
RELAÇÃO DE DEPENDÊNCIA	NOME DOS DEPENDENTES	SEXO F-FEMININO M-MASCULINO	DATA DO NASCIMENTO

FILHO INVÁLIDO: () NÃO () SIM			
	NOME	SEXO F-FEMININO M-MASCULINO	DATA DO NASCIMENTO

Obs.: no momento em que ocorrer o fato que justifica a pretensão, inscrever seus dependentes mediante o fornecimento dos dados e cópias de documentos que comprovam a qualidade legal requerida.

Por ser verdade, firmo o presente documento.

Local de Data: _____

Assinatura Aposentado

Caso formulário seja encaminhado ao IPREMED via correio, a assinatura deverá ser reconhecida em cartório somente por verdadeira/autenticidade.