

FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO SEGURADO (A) ATIVO(A)

DADOS PESSOAIS					
MATRÍCULA:	NOME:				DATA DE NASCIMENTO:
SEXO: () MASCULINO () FEMININO	ESTADO CIVIL: () SOLTEIRO/A () CASADO/A () VIÚVO/A () SEPARADO/A DATA: ____/____/____	() DIVORCIADO/A () UNIÃO ESTÁVEL () OUTROS	NATURAL DA CIDADE:	UF:	GRAU DE INSTRUÇÃO:
DOCUMENTOS					
DOCUMENTO DE IDENTIDADE:			ÓRGÃO EXP.:	DATA DA EXPEDIÇÃO:	
CARTEIRA PROFISSIONAL:	SÉRIE:	CPF:	PIS/PASEP:		
TÍTULO DE ELEITOR:	ZONA:	SEÇÃO	DEFICIÊNCIA FÍSICA: () SIM () NÃO		
DADOS FUNCIONAIS					
DATA DA ADMISSÃO:		CARGO CONCURSO:			
CARGO ATUAL:			TELEFONE:		
ENDEREÇO RESIDENCIAL					
RUA/AV./PRAÇA/TRAV.:				COMPLEMENTO:	
CEP:	BAIRRO:	CIDADE:		ESTADO:	
TELEFONE: ()	CELULAR: ()		E-MAIL:		
FILIAÇÃO (nome completo)					
MÃE:			PAI:		
DADOS DO(S) DEPENDENTES LEGAIS E BENEFICIÁRIOS DE PENSÃO					
NOME:	CPF:	DATA DE NASCIMENTO	SEXO:	GRAU DE PARENTESCO:	CONDIÇÃO
			() MASCULINO () FEMININO		() VÁLIDO () INVÁLIDO
			() MASCULINO () FEMININO		() VÁLIDO () INVÁLIDO
			() MASCULINO () FEMININO		() VÁLIDO () INVÁLIDO
			() MASCULINO () FEMININO		() VÁLIDO () INVÁLIDO
			() MASCULINO () FEMININO		() VÁLIDO () INVÁLIDO
			() MASCULINO () FEMININO		() VÁLIDO () INVÁLIDO
TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO / SERVIÇO ANTERIOR – apresentar documentos comprobatórios https://meu.inss.gov.br/					
<p>Declaro, sob as penas da lei, que todas as informações prestadas se revestem de veracidade, sendo de minha inteira responsabilidade, sobretudo quanto ao enquadramento dos dependentes nas situações previstas na legislação.</p>					
LOCAL:	DATA:		ASSINATURA DO SEGURADO:		
_____	_____/_____/_____		_____		

CAMPOS	DESCRIÇÃO
DADOS PESSOAIS	<ul style="list-style-type: none"> - Matrícula: Preencher este item com o seu número de registro que se encontra em seu recibo de pagamento - Nome, Data Nascimento, Sexo, Estado Civil e Grau de Instrução: Autoexplicativo. - Natural da cidade: Preencher este item com o nome da cidade onde você nasceu. - UF: Preencher este item com a sigla da Unidade da Federação - UF na qual você nasceu.
DOCUMENTAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Identidade (RG): Preencher este item com o número do documento de Identidade. - Órgão Expedidor: preencher com a sigla da respectiva unidade da federação mencionada no documento de identidade. - Data da Expedição: Preencher com a data da emissão mencionada no documento de identidade. - Carteira Profissional: Preencher este item com o número de registro mencionada na carteira. - Série: Preencher este item com o número de série mencionado no documento. - CPF: Preencher com o número que consta no cartão do Cadastro de Pessoa Física CPF - PIS/PASEP: Preencher com o número de registro mencionado no documento. - Título de Eleitor, Zona e Seção: Preencher com o número que consta mencionado no documento. - Deficiência Física: Autoexplicativo
DADOS FUNCIONAIS	<ul style="list-style-type: none"> - Data Admissão: Preencher com a data de admissão na prefeitura. - Cargo Concurso: Preencher este campo com o nome do cargo ao qual foi nomeado na prefeitura. - Cargo Atual: Preencher com o nome do cargo que ocupa atualmente na prefeitura (cargo comissão, função de confiança). - Telefone: Preencher com o número do telefone da unidade onde você está lotado na prefeitura.
ENDEREÇO e FILIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Endereço Residencial/Filiação: Auto-explicativo
DADOS DO(S) BENEFICIÁRIO (S) PARA PENSÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Nome, CPF, Data de Nascimento, Sexo e Grau de Parentesco: Autoexplicativo Pode(m) ser relacionado(s) neste campo o(s) seguinte(s) beneficiário(s): <ul style="list-style-type: none"> a) Cônjuge; b) Companheiro(a); c) Filho(s) solteiro(s) menor(es) de 21 anos; d) Filho(s) solteiro(s) inválido(s); e) Pai(mãe) com dependência econômica; f) Enteado(s) solteiro(s) menor(es) de 21 anos com dependência econômica; g) Enteado(s) solteiro(s) inválidos com dependência econômica; h) Irmão(ã) solteiro(s) menor(es) de 21 anos com dependência econômica; i) Irmão(ã) solteiro(s) inválido(a) com dependência econômica; j) Menor tutelado; k) Ex-cônjuge que receba pensão de alimentos; l) Outros. - Condição do Dependente: Preencher as informações e anexar os documentos comprobatórios.
TEMPO DE SERVIÇOS ANTERIOR	<ul style="list-style-type: none"> - Anexar cópia dos Registros da Carteira Profissional ou Certidão de Tempo de Contribuição ou extrato previdenciário CNIS adquirido no INSS através do site https://meu.inss.gov.br/