

RECADASTRAMENTO DE APOSENTADOS E PENSIONISTAS 2023 A DISTÂNCIA

DECLARO, que tenho conhecimento da obrigatoriedade de fazer o **RECADASTRAMENTO/PROVA DE VIDA** junto ao **FUNDO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DE CARMO DO RIO VERDE**, como requisito para continuidade de recebimento do benefício previdenciário pago por este INSTITUTO, e na **impossibilidade de comparecimento**, apresento esta, com as seguintes informações:

DADOS DO BENEFICIÁRIO			
NOME:			
<input type="checkbox"/> Aposentado		<input type="checkbox"/> Pensionista	
CPF:	RG:	Órgão expedidor:	Data de Nascimento:
Endereço:			
Cidade:	Estado:	Bairro:	CEP:
Estado Civil:	Telefone:	Título de eleitor:	
e-mail:		Se pensionista: Nome do ex-servidor (a):	
DADOS DO CÔNJUGE OU COMPANHEIRO - DO APOSENTADO (se houver)			
Nome:			
Data de Nasc.:	CPF:	Sexo: Feminino (<input type="checkbox"/>) Masculino (<input type="checkbox"/>)	
Tipo de união: (<input type="checkbox"/>) Casado (a) Civil (<input type="checkbox"/>) União estável com Declaração em cartório			
DADOS DOS DEPENDENTES - DO APOSENTADO (Se houver)			
NOME COMPLETO	DATA DE NASCIMENTO	GRAU DE PARENTESCO	APRESENTA DEFICIÊNCIA?
			(<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO
			(<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO
			(<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO
			(<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO
Termo de Responsabilidade: Declaro, sob as penas no Art. 299 do Código Penal Brasileiro, que as informações prestadas representam a expressão de verdade.			
Observações:			
Localidade: _____, _____ de _____ de 2023.			
_____ Assinatura do Segurado/Beneficiário			