

**FORMULÁRIO DE RECADASTRAMENTO - PROVA DE VIDA**

Aposentado:

Pensionista:

INFORMAÇÕES DO SEGURADO:

Nome:

Registro Funcional:

Data de Nascimento:

Estado Civil:

DOCUMENTAÇÃO:

RG

CPF:

INFORMAÇÕES PARA CONTATO:

Endereço:

NÚMERO

Complemento:

Bairro:

Município / UF:

CEP:

Tel. Residencial:

Tel. Celular:

Tel. Recados:

Email:

DEPENDENTES - IMPOSTO DE RENDA: ESPOSO/ COMPANHEIRO/ FILHOS MENOR DE 21 / DEFICIENTE

Dependente(1):

Data de Nascimento:

Dependente(2):

Data de Nascimento:

Dependente(3):

Data de Nascimento:

Dependente(4):

Data de Nascimento:

RG(1):

CPF(1):

Grau de Par.

RG(2):

CPF(2):

Grau de Par.

RG(3):

CPF(3):

Grau de Par.

RG(4):

CPF(4):

Grau de Par.

Declaro sob as penas da lei que as informações acima prestadas são verdadeiras. A não realização deste implicará na suspensão do pagamento conforme Resolução nº001/2015.

Assinatura do Aposentado, Pensionista ou Representante Legal

Assinatura e carimbo do servidor do FPG PREV

PROTOCOLO DE RECADASTRAMENTO - PROVA DE VIDA

APOSENTADO / PENSIONISTA

Nome:

Registro Funcional:

Data, assinatura e carimbo do servidor do FPG PREV