



Anexo – Dependentes para fins previdenciários

Nome do(a) beneficiário(a):

Dados dos(as) dependente(s)

Nome:		
Data de nascimento:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	CPF:
RG:	Data da emissão:	Órgão Emissor: <input type="checkbox"/> SSP-SP Outro:
Condição de dependência: <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Companheiro(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) não emancipado(a) de qualquer condição menor de 18 anos <input type="checkbox"/> Filho(a) inválido(a) <input type="checkbox"/> Menor sob tutela <input type="checkbox"/> Enteado(a) não emancipado(a) de qualquer condição menor de 18 anos <input type="checkbox"/> Enteado(a) inválido(a) <input type="checkbox"/> Pai/Mãe <input type="checkbox"/> Irmão/Irmã não emancipado(a), de qualquer condição menor de 18 anos, sem renda <input type="checkbox"/> Irmão/Irmã inválido(a), sem renda		
Endereço: mesmo endereço do(a) titular do benefício previdenciário: <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não		

Nome:		
Data de nascimento:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	CPF:
RG:	Data da emissão:	Órgão Emissor: <input type="checkbox"/> SSP-SP Outro:
Condição de dependência: <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Companheiro(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) não emancipado(a) de qualquer condição menor de 18 anos <input type="checkbox"/> Filho(a) inválido(a) <input type="checkbox"/> Menor sob tutela <input type="checkbox"/> Enteado(a) não emancipado(a) de qualquer condição menor de 18 anos <input type="checkbox"/> Enteado(a) inválido(a) <input type="checkbox"/> Pai/Mãe <input type="checkbox"/> Irmão/Irmã não emancipado(a), de qualquer condição menor de 18 anos, sem renda <input type="checkbox"/> Irmão/Irmã inválido(a), sem renda		
Endereço: mesmo endereço do(a) titular do benefício previdenciário: <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não		

Responsabilizo-me pela exatidão e veracidade das informações prestadas, ciente de que, se falsa a declaração, ficarei sujeito às penas da lei, nos termos do art. 299 do Código Penal, além de demais consequências na esfera cível e penal. Estou ciente, ainda, de que deverei comunicar ao IPREMT, de imediato, a ocorrência de qualquer fato que implique na alteração dos dados acima.

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Visto do(a) Responsável do IPREMT: _____