



CENSO PREVIDENCIÁRIO – PROVA DE VIDA 2024

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:	
Naturalidade: <input type="checkbox"/> Taquaritinga-SP Outra:		Nacionalidade: <input type="checkbox"/> Brasileira / Outra:	
PIS/PASEP/NIT:	Título de Eleitor:	Seção:	Zona:
Endereço: <input type="checkbox"/> Rua <input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/> Outro			
N°	Bairro:	CEP:	
Cidade: <input type="checkbox"/> Taquaritinga <input type="checkbox"/> Outra Cidade:			Estado: <input type="checkbox"/> SP Outro:
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado (Observação complementar: <input type="checkbox"/> União estável)			
E-mail:			
Telefone/Celular:		// WhatsApp: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Telefone/Celular:		// WhatsApp: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Telefone/Celular:		// WhatsApp: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Telefone/Celular:		// WhatsApp: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Autorizo que os envios de comunicações, notificações oficiais e documentos sejam realizados por meio dos contatos acima, inclusive para fins de ciência e contagem de prazo. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Observações:			
Grau de Instrução: <input type="checkbox"/> Fundamental <input type="checkbox"/> Ensino médio <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Pós-graduação <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Analfabeto /			
Observação complementar: <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto			
<input type="checkbox"/> Aposentado (a) <input type="checkbox"/> Pensionista			



Dependentes para fins previdenciários: Sim (Quantidade:) Não

Caso haja mais de um, preencher a ficha anexa para demais dependentes.

Dados do Dependente:

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 <input type="checkbox"/> Filho não emancipado de qualquer condição menor de 18 anos <input type="checkbox"/> Filho inválido <input type="checkbox"/> Menor sob tutela <input type="checkbox"/> Enteado não emancipado de qualquer condição menor de 18 anos <input type="checkbox"/> Enteado inválido <input type="checkbox"/> Pai/Mãe <input type="checkbox"/> Irmão não emancipado, de qualquer condição menor de 18 anos, sem renda <input type="checkbox"/> Irmão inválido, sem renda		
Endereço: mesmo endereço <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não		

Dependentes para fins de Imposto de Renda: Sim (Quantidade:) Não

Em caso afirmativo, deve ser preenchida Ficha de Dependente de Imposto de Renda.

Observações:

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: _____