ANEXO I

PARNAÍBA-PREV – RECADASTRAMENTO 2021 - APOSENTADORIA			
Aposentadoria por:		**Nº Prontuário**	**Data de Nascimento**
Nome do Aposentado:			
PIS/PASEP	**RG**	**CPF**	**Estado Civil**
Endereço (Rua / Avenida / Nº)			
Bairro	**Cidade**	**CEP**	**Estado**
Telefone (DDD / Nº)	**Celular (DDD / Nº)**	**Recados**	
E-mail (obrigatório)			

Preencha abaixo com os dados do depedente (cônjuge/filhos menores de 18 anos ou incapazes)

Nome Completo	RG e CPF	Data de nascimento	Grau de parentesco

Preencha abaixo com os dados do tutor, curador ou procurador, se for o caso:

Nome completo			**Data da tutela ou curatela**
CPF	**Nº Identidade**	**Órgão Expedidor**	**Telefone (DDD / Nº)**
Endereço (Rua / Avenida / Nº)			**CEP**
Bairro	**Cidade**		**Estado**
E-mail (obrigatório)			

DECLARAÇÃO DE VIDA E SAÚDE **(preencher caso seja Aposentado(a) por Invalidez)**

Eu, ...……, beneficiário(a) do PARNAÍBA-PREV., declaro sob as penas da lei que não contraí novos vínculos empregatícios, bem como não mantenho atividade profissional remunerada. Declaro que estou em tratamento médico, sem, no entanto, ter restabelecida a capacidade para o trabalho. Declaro ainda que estou ciente de qualquer falsidade nesta declaração estarei sujeito as sanções civis, administrativas e penais (art. 299), prevista no Código Penal Brasileiro.

Data: ____/_____/_____ _____

Assinatura

Local	**Data**	**Assinatura**

A assinatura acima pertence ao:

( )Beneficiário ( )Tutor ( )Curador ( )Genitor ( )Outro: _____