

ANEXO I

 PARNAÍBA-PREV – RECADASTRAMENTO 2020 - APOSENTADORIA			
Aposentadoria por:		Nº Prontuário	Data de Nascimento
Nome do Aposentado			
PIS/PASEP		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 dependente (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. 229), prevista no Código Penal Brasileiro.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura

Local	Data	Assinatura

A assinatura acima pertence ao:

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