

**COMPROVANTE DE RECADASTRAMENTO PARA APOSENTADOS E PENSIONISTAS QUE
RESIDEM FORA DE RIO BRANCO - ACRE**

DADOS DO DECLARANTE:

Nome completo:		CPF nº
RG nº	Data de Expedição:	Título de Eleitor número/Zona/Seção/Data de Expedição:

Data de Nascimento:	Local de Nascimento – Cidade/Estado/País:	Situação: Aposentado () Pensionista ()
Tipo Sanguíneo:	Declaração de Cor/Raça:	Sexo: Feminino () Masculino ()
Escolaridade:	Portador de deficiência: Sim () Não ()	
Nome da mãe:	Nacionalidade da mãe:	
Nome do Pai:	Nacionalidade do pai:	

e-mail:

Estado civil:

Casado () data: ____/____/____ Divorciado () data: ____/____/____
 Viúvo () data óbito: ____/____/____ União estável () Início: ____/____/____
 União homoafetiva () Início: ____/____/____ Solteiro ()

Cartório da Certidão de Nascimento ou Casamento/Cidade/Estado/número do termo/Livro/Folha:

PARA VIÚVO – Cartório da Certidão de Óbito/Cidade/Estado/Cidade/Estado/número do Termo/Livro/Folha:

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Endereço/logradouro:		Número:
Bairro:	Cidade/Estado:	CEP
Complemento:	Telefone 1:	Telefone 2:

INFORMAÇÕES DE DEPENDENTES:**DADOS DO DEPENDENTE 1:**

Nome completo:	CPF nº
----------------	--------

Data de Nascimento:	Local de Nascimento – Cidade/Estado/País:	Parentesco/Tipo Dep.:
---------------------	---	-----------------------

RG nº /Órgão Emissor/Data de Expedição:	Título de Eleitor/Número/Zona/Seção/Data de expedição:
---	--

Cartório da Certidão de Nascimento ou Casamento/Cidade/Estado/número do termo/Livro/Folha:
--

Nome da mãe:	Nacionalidade da mãe:
--------------	-----------------------

Nome do Pai:	Nacionalidade do pai:
--------------	-----------------------

Telefone(s):	Tipo Sanguíneo:	Cor/Raça:
--------------	-----------------	-----------

DADOS DO DEPENDENTE 2:

Nome completo:	CPF nº
----------------	--------

Data de Nascimento:	Local de Nascimento – Cidade/Estado/País:	Parentesco/Tipo Dep.:
---------------------	---	-----------------------

RG nº /Órgão Emissor/Data de Expedição:	Título de Eleitor/Número/Zona/Seção/Data de expedição:
---	--

Cartório da Certidão de Nascimento ou Casamento/Cidade/Estado/número do termo/Livro/Folha:
--

Nome da mãe:	Nacionalidade da mãe:
--------------	-----------------------

Nome do Pai:	Nacionalidade do pai:
--------------	-----------------------

Telefone(s):	Tipo Sanguíneo:	Cor/Raça:
--------------	-----------------	-----------

TERMO DE RESPONSABILIDADE:

DECLARO, sob as penas da lei, que são verdadeiras e completas as informações prestadas neste documento. DECLARO ainda, estar ciente de que prestar informações falsas pode incorrer em infrações e sujeitar-me às sanções administrativas, civis e criminais previstas em lei, caso comprovadas.

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do(a) declarante

ATENÇÃO: Para fins de atualização cadastral do(a) aposentado/pensionista, após preenchimento e reconhecimento de firma (em cartório), a presente declaração deverá ser enviada para o endereço abaixo discriminado ou por e-mail, devendo o segurado entrar em contato por telefone para regularização de possíveis pendências documentais.

RBPREV – Instituto de Previdência dos Servidores do Município de Rio Branco – Acre.
Trav. Campo do Rio Branco, nº 412 – Bairro Capoeira – Rio Branco/Ac – CEP 69.905-022
Telefone GAB: (68) 3222-8493 – Diretoria de Previdência: (68) 3222-7563
e-mail: rbprev@riobranco.ac.gov.br e rbprev@gmail.com