



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BORJA
Fundo de Previdência Social do Município de São Borja

FORMULÁRIO DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL - 2024

DADOS DO BENEFICIÁRIO - APOSENTADO

Nome:		
Data de Nascimento: ____/____/____	Sexo: () M - () F	CPF: _____.____.____-____
Estado Civil: () Solteiro () Casado () Viúvo () Separado Legalmente () Divorciado () Casado, mas separado de fato desde: ____/____/____		
Dados da união estável: () Possuo atualmente união estável desde ____/____/____ () Não possuo atualmente união estável		
Escolaridade atual:		
Raça/Cor do Beneficiário: () Branca - () Preta - () Parda - () Amarela - () Indígena - () Não informado		
Pessoa com Doença Incapacitante: () Sim () Não		Data do reconhecimento da Incapacidade: ____/____/____

ENDEREÇO ATUALIZADO

Nome do Logradouro:	Número:
Bairro:	CEP:
Município:	
Telefone:	E-mail:

DEPENDENTES PREVIDENCIÁRIOS

Dependente 1		
Nome:		
Data de Nascimento: ____/____/____	Sexo: () M - () F	CPF: _____.____.____-____
Tipo de Dependência: () Cônjuge - () Companheiro(a) - () Filho(a) - () Outro: _____		
Motivo de Início: () Nascimento - () Casamento - () Invalidez - () Outro: _____		
Data de Início da Dependência: ____/____/____		
Dependente é pessoa com doença incapacitante: () Sim () Não		
Dependente beneficiário para fins de dedução de seu rendimento tributável pelo imposto de renda: () Sim () Não		
Grau de Instrução do Dependente:		

Dependente 2		
Nome:		
Data de Nascimento: ____/____/____	Sexo: () M - () F	CPF: _____.____.____-____
Tipo de Dependência: () Cônjuge - () Companheiro(a) - () Filho(a) - () Outro: _____		
Motivo de Início: () Nascimento - () Casamento - () Invalidez - () Outro: _____		
Data de Início da Dependência: ____/____/____		
Dependente é pessoa com doença incapacitante: () Sim () Não		
Dependente beneficiário para fins de dedução de seu rendimento tributável pelo imposto de renda: () Sim () Não		
Grau de Instrução do Dependente:		



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BORJA
Fundo de Previdência Social do Município de São Borja

Dependente 3		
Nome:		
Data de Nascimento: ____/____/____	Sexo: () M - () F	CPF: _____.____.____-____
Tipo de Dependência: () Cônjuge - () Companheiro(a) - () Filho(a) - () Outro: _____		
Motivo de Início: () Nascimento - () Casamento - () Invalidez - () Outro: _____		
Data de Início da Dependência: ____/____/____		
Dependente é pessoa com doença incapacitante: () Sim () Não		
Dependente beneficiário para fins de dedução de seu rendimento tributável pelo imposto de renda: () Sim () Não		
Grau de Instrução do Dependente:		

ANEXAR A ESTE FORMULÁRIO AS SEGUINTE CÓPIAS LEGÍVEIS

Cópia do RG e CPF do Beneficiário.
Cópia do RG e CPF dos dependentes (cônjuge, companheiro(a), filhos menores de 21 anos e equiparados).

DECLARAÇÃO: Declaro sob as penas da Lei que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade. Declaro ainda ter ciência do dever de informar imediatamente e por escrito qualquer modificação das informações e da condição pessoal superveniente, sob pena de medidas legais e penais cabíveis, inclusive o crime de falsidade previsto no art. 299 do Código Penal.

Data: ____/____/____

Assinatura Servidor (declarante)