**FORMULÁRIO CENSO PREVIDENCIÁRIO MUNICÍPIO DE TAIÓ/SC**

**PENSIONISTA**

**IDENTIFICAÇÃO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome Completo | |  | | |
| CPF |  | | RG |  |

**ENDEREÇO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CEP |  | | País |  | | | |
| Estado |  | | | | | | |
| Cidade |  | | Bairro | |  | | |
| Logradouro | |  | | | | Nº |  |

**PESSOA FÍSICA**

**Geral**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome do Pai |  | | | | | | | | | | | |
| Nome da Mãe | | | |  | | | | | | | | |
| Data de Nasc. | | |  | | | Sexo |  | | Estado Civil | |  | |
| Nacionalidade | |  | | | | | | Pais Origem | |  | | |
| Cidade Natural | | |  | | | | | Local de Trabalho | | | |  |
| Grau de Instrução | | | | |  | | | | | | | |
| Aposentado | | | | | Sim ( ) Não ( ) | | | | | | | |
| Múltiplos vínculos trabalhistas | | | | | Sim ( ) Não ( )  Nome da Empresa:  CNPJ: | | | | Cargo:  Carga Horária:  Horário de trabalho:  Remuneração na Empresa: | | | |

**Dados Pessoais**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Altura |  | | | | Peso | | |  | | Tipo RH |  | | Fator RH | | |  |
| Cor Pele | |  | | | | Cor Olhos | | |  | | Cor Cabelos | | | |  | |
| Sinal Particular | | | |  | | | | | | | | Etnia | |  | | |
| Tipo de  Deficiência | | | ( ) Nenhuma ( ) Autismo ( ) Baixa Visão  ( ) Física ( ) Reabilitado ( ) Surdocegueira  ( ) Auditiva/Surdez ( )Outros ( ) Altas Habilidades/Superdotação  ( ) Mental ( ) Visão/Cegueira ( ) Intelectual | | | | | | | | | | | | | |
| Capaz para o Trabalho | | | | | | | ( ) Sim ( ) Não | | | | | | | | | |

**Documentos**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Órgão Emissor RG |  | | | | | Data Emissão RG | | | | |  | | | | | | Estado Emissor RG | | | | |  | | | |
| PIS/PASEP | |  | | | | | | Nº CTPS | | | | |  | | | | | Série CTPS | | |  | | | UF |  |
| Título de Eleitor | | |  | | | | | | Zona | | |  | | | | Seção | | |  | | | | | UF |  |
| Categoria CNH | | | |  | | | Número CNH | | | | | | |  | | | | | | Validade CNH | | | | |  |
| Observação CNH | | | | |  | | | | | | | | | Estado Emissor CNH | | | | | | | | |  | | |
| Conselho de Classe | | | | | - | | | | | | | | | | Número do Registro | | | | | | | | | - | |
| Início da Vigência do Registro | | | | | | | | | | - | | | | | | | | | | | | | | | |
| Certificado de Reservista | | | | | | | | | | - | | | | | | | | | | | | | | | |

**CONTATO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Telefone Celular | |  | | |
| Telefone Contato | |  | Nome do Contato |  |
| Telefone Comercial |  | | | |
| Email Obrigatório | |  | | |

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que as informações constantes desse formulário são fiéis à verdade e condizentes com a realidade dos fatos à época.

Declaro que todas as informações mencionadas nesse formulário foram extraídas dos documentos que são da minha inteira responsabilidade.

Além disso declaro ter ciência de todas as informações constantes no DECRETO nº 7.418 de 2021, principalmente quanto às próximas atualizações cadastrais.

Por fim, fico ciente que através deste documento a falsidade de informações configura crime previsto no Código Penal Brasileiro e passível de apuração na forma da Lei.

Nada mais a declarar, e ciente das responsabilidades pelas informações prestadas, firmo a presente.

Taió, \_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021.

Assinatura do Servidor Assinatura do Recenseador