

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO
MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE - PREVIMPA

DECLARAÇÃO DE DEPENDÊNCIA ECONÔMICA DE FILHO INVÁLIDO

DADOS PESSOAIS DO SEGURADO				
NOME COMPLETO DO SERVIDOR				
CPF	MATRÍCULA	VÍNCULO	ORGÃO DE ORIGEM	SERVIDOR <input type="checkbox"/> ATIVO <input type="checkbox"/> APOSENTADO
DADOS DE ENDEREÇO PESSOAL DO SEGURADO				
TIPO (Rua Av.)	LOGRADOURO (Nome da Rua, Avenida, etc.)		NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	CIDADE		UF	CEP
TELEFONE	CELULAR	E-MAIL		
DADOS DO DEPENDENTE				
NOME COMPLETO DO DEPENDENTE			SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	
ENDEREÇO (se souber)				
RG (se souber)	CPF (se souber)			
<p>Declaro, sob as penas da lei, que o acima citado é meu dependente previdenciário na condição de filho(a) inválido(a) e vive sob minha dependência econômica. .</p> <p>Local e data</p> <p>.....</p> <p style="text-align: right;">Assinatura do Segurado</p>				