

FORMULÁRIO CENSO A DISTÂNCIA
PENSIONISTA PRESENTE NO CARTÓRIO DE NOTAS

DADOS PESSOAIS				
NOME				
NOME DO PAI		NOME DA MÃE		
ESTADO CIVIL	DATA DE NASCIMENTO	RAÇA / COR		
NACIONALIDADE	UF NATURALIDADE	NATURALIDADE CIDADE		
ESCOLARIDADE	SEXO M () F ()	PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS. SIM () NÃO ()		
DOCUMENTOS				
CPF	RG	ORGÃO EXPED.	DATA EMISSÃO RG	UF RG
PIS / PASEP / NIT	Nº CTPS	DATA EXPEDIÇÃO CTPS	SÉRIE CTPS	
Nº TÍTULO DE ELEITOR	ZONA	SEÇÃO	UF TÍTULO DE ELEITOR	
ENDEREÇO				
TIPO LOGRADOURO	NOME LOGRADOURO		NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP	
TELEFONE	CELULAR		E-MAIL	

LOCAL/DATA

PENSIONISTA

Com reconhecimento de firma em presença no Cartório de Notas.

SELEÇÃO DOS DOCUMENTOS A SEREM ENVIADOS PELO CORREIOS

PENSIONISTAS (CÓPIAS AUTENTICADAS ANEXADAS)
<input type="checkbox"/> RG; CNH; PASSAPORTE; CONSELHO DE CLASSE.
<input type="checkbox"/> CPF;
<input type="checkbox"/> COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA;
<input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE NASCIMENTO;
<input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE CASAMENTO;
<input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE CASAMENTO COM AVERBAÇÃO DE ÓBITO;
<input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE CASAMENTO COM AVERBAÇÃO DE DIVÓRCIO;
<input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL;
<input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO ATUALIZADA DO ESTADO CIVIL (De acordo com o Anexo II);
<input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE MANUTENÇÃO DE SUA CONDIÇÃO DE DEPENDENTE PREVIDENCIÁRIO (De acordo com o Anexo V);
<input type="checkbox"/> LAUDO MÉDICO ATUALIZADO EM ATÉ 90 DIAS;

LOCAL/DATA

ASSINATURA

Com reconhecimento de firma em presença no Cartório de Notas.