



1. CNPb: 2015 0004-29		2. Órgão Patrocinador:				
3. Nome Completo do Servidor / Membro: (Sem abreviações)						
4. Data de Nascimento:	5. CPF:	6. Sexo:	7. Identidade:	8. Órgão Expedidor/UF:	9. Data de expedição:	
10. Estado Civil:	11. Naturalidade:		12. Nacionalidade			
13. Filiação: (Sem abreviações) Mãe:			Pai:			
14. Nome do Cônjuge / Companheiro (a):						
15. Endereço completo (logradouro, complemento):						
16. Bairro:		17. Cidade:		18. CEP:	19. UF:	
20. Telefone(s) para contato: (DDD) - Residencial		(DDD) - Comercial	(DDD) - Celular	(DDD) - Outros		
21. E-mail:			22. Cargo efetivo:			
23. DADOS DOS DEPENDENTES. Nome Completo		Grau de Parentesco	Data de Nascimento	Sexo	Invalído	Dependente para IRRF?
24. Pessoa politicamente exposta: <input type="checkbox"/> - SIM <input type="checkbox"/> - NÃO Se a resposta for SIM, o Participante deverá preencher e assinar o formulário "Termo Especial de Pessoa Politicamente Exposta (Instrução MPS/PREVIC/DC nº 18, de 24/12/2014). 25. Declaro: a) As informações prestadas nesta ficha de recadastramento são verdadeiras e assumo a responsabilidade pela atualização junto à PREVCOP-MG, comprometendo-me a fornecer os comprovantes dos dados informados sempre que solicitado. b) Estou ciente de que são dependentes, para fins de recebimento dos benefícios previstos no Regulamento do Plano, o cônjuge ou companheiro(a) na constância, respectivamente do casamento ou da união estável; o(a) companheiro (a) na constância da união homoafetiva; os filhos, de qualquer condição, menores de 21 (vinte e um) anos de idade, desde que não emancipados; os filhos inválidos ou incapazes civilmente, desde que comprovadamente vivam sob a dependência econômica do participante; o pai e a mãe, na ausência de beneficiários, e desde que seja comprovada a dependência econômica do Participante.						
_____			_____			
Local e data			Assinatura do Servidor			