

Atualização de Cadastro de Pensionistas

Condição da dependência:					
<input type="checkbox"/> PAI / MÃE					
Nome:			CPF:	Matrícula:	
			Data Nascimento:		
Filiação: PAI			MÃE:		
RG:	Órgão Emissor:	UF:	Emissão:	e-mail:	
Endereço:			Número:	Complemento:	
Bairro:		Cidade:		UF:	CEP:
DDD/Telefone:		Nacionalidade:	Naturalidade:		Estado Civil:
Nome contato (recado):			Grau de Parentesco:		Telefone Referência:

- Declaro para os devidos fins e sob as penas do Artigo 299, do Código Penal Brasileiro, que não exerço atividade remunerada ou tenho qualquer fonte de renda superior a um salário mínimo. Declaro ainda que informarei, imediatamente, ao AMAZONPREV, caso ocorram alterações nas condições aqui declaradas. Estou ciente de que o AMAZONPREV poderá a qualquer tempo aferir e conferir a veracidade dessas informações, que se não confirmadas poderão ensejar o cancelamento do benefício e a devolução dos valores recebidos indevidamente.
- Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos e multa se o documento é particular.

Observações

- 1.O presente formulário deverá ser enviado à AMAZONPREV, com assinatura reconhecida em cartório.**
- 2.No caso do beneficiário ser CURATELADO/INTERDITADO, anexar cópia autenticada do referido documento, RG e CPF do representante legal.**

_____, ____/____/____
(Cidade/UF)

Assinatura e Carimbo do Recebedor

Assinatura do Servidor ou do representante legal