



FORMULÁRIO DE RECADASTRAMENTO

DERMINAS - SOCIEDADE CIVIL DE SEGURIDADE SOCIAL - CNPJ 21.855.622/0001-71

Senhor(a) Participante ou Pensionista:

Este formulário deve ser preenchido com **LETRA DE FORMA** e, em caso de dúvida, favor consultar a **CARTILHA DO RECADASTRAMENTO**.

IDENTIFICAÇÃO DO(A) PARTICIPANTE OU PENSIONISTA

Nome		MASP/Matrícula	
Situação <input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Pensionista <input type="checkbox"/> Curatelado <input type="checkbox"/> Tutelado		Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Telefone para contato ()
Carteira de Identidade	Estado Civil	CPF	Data de Nascimento
Naturalidade	Filiação - Nome da mãe		
Endereço completo (Rua, Avenida)		Nº	Complemento
Bairro	CEP	Cidade	UF

Atenção: Preencher estes campos somente se for servidor ATIVO.

Cargo	Local de Trabalho (CRG/Sede)	Data de Admissão
-------	------------------------------	------------------

Atenção: Preencher estes campos somente se for servidor APOSENTADO.

Cargo	Local de recebimento do pagamento	Data de Aposentadoria
-------	-----------------------------------	-----------------------

IDENTIFICAÇÃO DOS DEPENDENTES (Utilize os códigos da legenda abaixo)

S - Sexo	P - Parentesco	EC - Estado Civil	I - Inválido(a)			
1 - Masculino; 2 - Feminino	1 - Cônjuge; 2 - Companheiro(a); 3 - Filho(a); 4 - Designado(a)	1 - Casado(a); 2 - Solteiro(a); 3 - Outros	1 - Não; 2 - Sim			
Nome completo	Data de Nascimento	S	P	EC	I	

IDENTIFICAÇÃO DO(A) EX-ASSOCIADO(A) (Preencher somente se for pensionista)

Nome		
MASP / Matrícula	Data do Nascimento	Data do Óbito

AUTORIZAÇÃO (Assinar somente se for servidor ativo ou aposentado)

Na qualidade de associado(a) do Plano de Benefícios (CNPB 19.810.005-18), autorizo a DERMINAS a continuar promovendo o desconto em folha de pagamento das contribuições mensais necessárias ao custeio do referido Plano, na forma disposta em seu Regulamento, bem como acessar os meus dados funcionais e financeiros junto ao DER/MG e à SEPLAG.

_____, ____/____/____
Local Data Assinatura do(a) Servidor(a) Ativo(a) ou Aposentado(a)

DISPOSIÇÕES GERAIS (Declaração deve ser assinada por todos)

Na qualidade de participante do Plano de Benefícios (CNPB 19.810.005-18), administrado pela DERMINAS, declaro que são verdadeiras as informações acima prestadas, estando ciente de que qualquer declaração inverídica pode vir a caracterizar crime de falsidade ideológica.

_____, ____/____/____
Local Data Assinatura

30411 970

O selo será pago por
DERMINAS - Sociedade Civil de Seguridade Social

CARTA-RESPOSTA
NÃO É NECESSÁRIO SELAR

