

# PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMEIRA

## CADASTRO DO FAMILIAR

Nome do Familiar: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Feminino CPF: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco do familiar:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cônjuge                   | <input type="checkbox"/> Companheiro            |
| <input type="checkbox"/> Filho (a)                 | <input type="checkbox"/> Adotado (a)            |
| <input type="checkbox"/> Irmão (a)                 | <input type="checkbox"/> Neto (a) / Bisneto (a) |
| <input type="checkbox"/> Genitor (a)               | <input type="checkbox"/> Termo de Guarda        |
| <input type="checkbox"/> Incapaz                   | <input type="checkbox"/> Enteadado (a)          |
| <input type="checkbox"/> Filho (a) Curso Superior  | <input type="checkbox"/> Avós                   |
| <input type="checkbox"/> Filho (a) Esc.Téc.2º grau | <input type="checkbox"/> Bisavós                |

Grau de escolaridade:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ens. Fundamental Incompleto | <input type="checkbox"/> Mestrado                     |
| <input type="checkbox"/> Ens. Fundamental Completo   | <input type="checkbox"/> Doutorado                    |
| <input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto     | <input type="checkbox"/> Pós graduação/Especialização |
| <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo       | <input type="checkbox"/> Pós Doutorado                |
| <input type="checkbox"/> Superior Incompleto         | <input type="checkbox"/> Nível Técnico                |
| <input type="checkbox"/> Superior Completo           |   |

Estado civil do familiar:  Solteiro  Casado  Divorciado  Separado  Viúvo

Se **cônjuge ou companheiro**, preencher as informações abaixo:

Cônjuge trabalha em órgão público municipal?:  Prefeitura  Ceprosom  Câmara Municipal  IPML  Não

Se Prefeitura: matrícula \_\_\_\_\_ Regime Jurídico:  Estatutário  CLT

Tem filhos em comum:  Sim  Não Quantos: \_\_\_\_\_

Data do casamento ou início da União Estável: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Dados do familiar:

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Nome do pai: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Data de emissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

Cartão SUS: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ n.º \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Motivo de vínculo:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nascimento    | <input type="checkbox"/> Adoção          | <input type="checkbox"/> Decisão Judicial      |
| <input type="checkbox"/> Casamento     | <input type="checkbox"/> Tutela de menor | <input type="checkbox"/> Invalidez             |
| <input type="checkbox"/> União Estável | <input type="checkbox"/> Curatela        | <input type="checkbox"/> Dependência Econômica |

O familiar é Dependente de Imposto de Renda?:  Sim  Não

O familiar possui alguma deficiência diagnosticada até a presente data?:  Sim  Não (informação necessária para cadastro no Plano Médico, Salário Família e/ou dependente de Imposto de Renda, conforme o caso).

Declaro que as informações prestadas acima são verdadeiras.

Data: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_