

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: _____ nº. _____

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: _____