



**CENSO CADASTRAL PREVIDENCIÁRIO 2023**

**FORMULÁRIO PARA DECLARAÇÃO DE SEPARAÇÃO DE FATO**

DADOS DO(A) DECLARANTE		
NOME COMPLETO		
CPF	RG	ÓRGÃO EXPEDIDOR
DECLARO, SOB AS PENAS DA LEI, QUE ESTOU SEPARADO(A) DE FATO DA PESSOA ABAIXO IDENTIFICADA, DESDE ____/____/____, RAZÃO PELA QUAL <b>NÃO DEVE</b> SER INCLUÍDA COMO O(A) MEU(INHA) DEPENDENTE NO FUNDO DE PREVIDÊNCIA.		

DADOS DO(A) CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A)		
NOME COMPLETO		
CPF	RG	ÓRGÃO EXPEDIDOR

TERMO DE RESPONSABILIDADE
Declaro, sob as penas da Lei, serem verdadeiros todos os dados e informações apresentados neste formulário, assim como os documentos apresentados. Declaro, ainda, estar ciente de que Declaração Falsa ou Omissão de qualquer informação constitui crime e pode implicar na sanção penal prevista no nos Arts. 171 e 299 do Código Penal.

No município de \_\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura do(a) segurado(a)

NOTAS EXPLICATIVAS
1- SE O SEGURADO NÃO CONSEGUIR COMPARECER AO LOCAL DO CENSO, PARA EFETUAR O RECENCEAMENTO, DEVERÁ: A) PREENCHER COMPLETAMENTE ESTE FORMULÁRIO; B) ASSINAR EM TODAS AS VIAS/PÁGINAS COM RECONHECIMENTO DE FIRMA EM CARTÓRIOS DE NOTAS, <b>NA FORMA PRESENCIAL</b> ;