IBASMA
INSTITUTO DE BENEFÍCIO E ASSISTÊNCIA AOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE ARARUAMA

FORMULÁRIO DE RECADASTRAMENTO

SEGURADO

Observações:
Exclusivo para segurados vinculados ao IBASMA, preencher os dados abaixo e reconhecer firma da assinatura por autenticidade em cartório (exceto nos casos por motivo de saúde e residir fora do Brasil).

Nome completo

CPF | DATA DE NASCIMENTO | ESTADO CIVIL

ENDEREÇO

BAIRRO | **CIDADE E UF** | CEP

TELEFONE FIXO | **TELEFONE CELULAR** | **EMAIL**

DEPENDENTES (CÔNJUGE, COMPANHEIRO, FILHOS MENORES DE 21 ANOS OU COM INVALIDEZ)

NOME COMPLETO | **SEXO**

CPF | **DATA DE NASC.** | **GRAU DE PARENTESCO**

NOME COMPLETO | **SEXO**

CPF | **DATA DE NASC.** | **GRAU DE PARENTESCO**

NOME COMPLETO | **SEXO**

CPF | **DATA DE NASC.** | **GRAU DE PARENTESCO**

Declaro, para fins de recadastramento e prova de vida junto ao Instituto de Benefícios e Assistência aos Servidores Municipais de Araruama, sob as penas do art. 299 do Código Penal Brasileiro, que as informações apresentadas são verdadeiras e autênticas.

Assinatura | **Data**

Nome Completo

☐ Tutor/Curador
☐ Curador
☐ Responsável Legal
☐ Outros:_____

CPF