

Dados do Servidor:

Nome:		Sexo:	
RG:	CPF:		
Endereço:			
Nº:	Complemento:	CEP:	
Bairro:		Cidade:	UF:
Telefone: ()	Celular: ()	WhatsApp: ()	
E-mail (OBRIGATÓRIO):			

Requerimento:

À PARANAPREVIDÊNCIA, eu, _____
venho requerer a instituição e/ou exclusão de dependentes para fins previdenciários.

**DECLARO ESTAR CIENTE QUE INFORMAÇÕES E SOLICITAÇÕES SOBRE ESTE PROCESSO SERÃO
ENCAMINHADAS PARA O E-MAIL ACIMA INFORMADO.**

Estou ciente de que a PARANAPREVIDÊNCIA irá efetuar o tratamento e compartilhamento dos meus dados pessoais para fins de atendimento ao disposto na legislação previdenciária vigente, LEI 13.709/18 – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS e de acordo com o previsto na política de privacidade de dados pessoais, publicada no portal da instituição.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Requerente

(assinar igual documento de identificação – Anexar documento de identificação)

Excluir dependente:

Nome:	
RG:	CPF:
Motivo da exclusão:	<input type="checkbox"/> Óbito (anexar cópia da certidão óbito)
	<input type="checkbox"/> Divórcio (anexar certidão divórcio)
	<input type="checkbox"/> Separação de fato (data da separação ____/____/____)

Instituir dependente:

Nome:		
RG:	CPF:	
<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Filho menor de 21 anos	<input type="checkbox"/> Irmão/Irmã inválido(a) ou com deficiência
<input type="checkbox"/> Companheiro	<input type="checkbox"/> Irmão/Irmã até 21 anos de idade	<input type="checkbox"/> Filho(a) inválido(a) ou com deficiência, solteiro(a) e sem renda
<input type="checkbox"/> Pais	<input type="checkbox"/> Menor tutelado/sob guarda	<input type="checkbox"/> Enteadado(a) ou filho(a) do companheiro(a)