



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DOS  
SERVIDORES PÚBLICOS DE VALPARAÍSO DE GOIÁS

PROVA DE VIDA 2024 - FICHA CADASTRAL

NOME:

DATA NASCIMENTO:

NATURALIDADE:

UF:

PAI:

MÃE:

DOCUMENTOS PESSOAIS

CPF

Nº IDENTIDADE:

E-MAIL:

ENDEREÇO RESIDENCIAL

ENDEREÇO:

CIDADE:

UF:

CEP:

TELEFONE:

DADOS DO CONJUGE OU COMPANHEIRO - SE HOUVER

NOME:

DATA NASCIMENTO:

CPF:

TIPO DE UNIÃO:

CASADO CIVIL: ( )

UNIÃO ESTÁVEL COM DECLARAÇÃO EM CARTÓRIO: ( )

DIVÓRCIADO: ( )

VIÚVO: ( )

RELAÇÃO DE DEPENDENTES

NOME

DATA DE NASCIMENTO

GRAU PARENTESCO

Informar se algum dos dependentes apresenta alguma tipo de deficiência:

TERMO DE RESPONSABILIDADE

DECLARO, SOB AS PENAS DO ART. 299 DO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO, QUE AS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS REPRESENTAM A EXPRESSÃO DA VERDADE.

Valparaíso de Goiás-GO, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

ASSINATURA DO SEGURADO: \_\_\_\_\_