



Rua do Carmo, 11 - 6º andar
Centro - CEP 20011-020
Rio de Janeiro - RJ
www.sias.org.br

MATRÍCULA SIAS

PEDIDO DE INSCRIÇÃO DE PARTICIPANTE

DADOS CADASTRAIS

NOME: _____ CPF: _____
ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____
CIDADE: _____ UF: _____ CEP: _____ TEL: (____) _____
CEL: (____) _____ E-MAIL: _____

DATA DE NASC. _____	SEXO <input type="checkbox"/> MAS. <input type="checkbox"/> FEM.	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIÚVO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> SOLTEIRO		
PATROCINADOR <input type="checkbox"/> IBGE <input type="checkbox"/> SIAS	MATRÍCULA SIAPE _____	LOTAÇÃO _____	DATA DE ADMISSÃO _____	ÚLTIMA REMUNERAÇÃO _____ (ANEXAR CONTRACHEQUE)

Pessoa Politicamente Exposta (preenchimento obrigatório)

Exerce ou exerceu nos últimos cinco anos algum cargo, emprego ou função pública relevante? SIM NÃO

Possui relacionamento com pessoa que exerce ou exerceu nos últimos cinco anos algum cargo, emprego ou função pública relevante? SIM NÃO

Nota: Em caso afirmativo à pergunta acima, preencher o formulário "Declaração de Pessoa Politicamente Exposta - PPE".

RELAÇÃO DE DEPENDÊNCIA

BENEFICIÁRIOS	CÓD.	BENEFICIÁRIOS	CÓD.
CÔNJUGE OU COMPANHEIRO	093	PAI (dependente econômico)	073
CÔNJUGE OU COMPANHEIRA	013	MÃE (dependente econômica)	053
EX-CÔNJUGE	095	IRMÃO/IRMÃ (até 21 anos)	097
FILHO(A) (até 21 anos)	096	OUTROS (menores de 21 anos)	098
FILHO INVÁLIDO	032	OUTROS (maiores de 60 anos)	099

USO EXCLUSIVO DOS REGIDOS PELO RJU TIPOS DE CONTRIBUIÇÕES SIAS

INVALIDEZ ½ PECÚLIO
 INVALIDEZ E PECÚLIO PECÚLIO
 INVALIDEZ E ½ PECÚLIO

BENEFICIÁRIOS

BENEFICIÁRIOS	CÓD.	DATA DE NASC.
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Em caso de indicação de beneficiários ou dependentes menores de 12 (doze) anos, declaro que sou responsável legal pela criança e dou consentimento para o tratamento de seus dados pessoais para as finalidades previstas no Regulamento do Plano, em atendimento ao disposto na Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais).

O EMPREGADO ACIMA ESPECIFICADO VEM REQUERER SUA INSCRIÇÃO COMO PARTICIPANTE NOS TERMOS DO ESTATUTO E DO REGULAMENTO DO PLANO BÁSICO DE BENEFÍCIOS DA SOCIEDADE IBGEANA DE ASSISTÊNCIA E SEGURIDADE- SIAS, RESPONSABILIZANDO- SE PARA FINS DE DIREITO PELAS INFORMAÇÕES ORA PRESTADAS E AUTORIZA, A PARTIR DO DEFERIMENTO PELA SIAS DESTE PEDIDO, A DESCONTAR DA SUA REMUNERAÇÃO A CONTRIBUIÇÃO MENSAL CORRESPONDENTE E, NOS CASOS PREVISTOS, A RESPECTIVA JÓIA.

A SIAS realiza o tratamento dos dados pessoais em observância às disposições da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais).

DATA

ASSINATURA DO SOLICITANTE

DATA DE INSCRIÇÃO _____	IDADE ____ ANOS	FATOR CORRETIVO (jóia) ____, _____	CARÊNCIA ____ ANOS	TIPO DE INSCRIÇÃO <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> RETARDATÁRIA
----------------------------	--------------------	---------------------------------------	-----------------------	--

Para preenchimento exclusivo da entidade

REPRESENTANTE SIAS	GERÊNCIA DE BENEFÍCIOS	DIRETOR-PRESIDENTE
() Deferido Para ____ / ____ /20__ () Indeferido - Motivo	() Deferido Para ____ / ____ /20__ () Indeferido - Motivo	() Deferido Para ____ / ____ /20__ () Indeferido - Motivo
Data Assinatura e carimbo	Data Assinatura e carimbo	Data Assinatura e carimbo