



MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

INFORMAÇÕES DE DADOS CADASTRAIS

- ATENÇÃO**
- FORMULÁRIO GRATUITO.
 - NÃO FORNEÇA O CARTÃO E SENHA A NINGUÉM.

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO – DADOS OBRIGATÓRIOS

1 – Número do Benefício		2 – Nome completo (NÃO ABREVIAR)									
3 – Código Nacionalidade	VER TABELA NO VERSO ANEXA	4 – Sexo Feminino Masculino	5 – Data Nascimento				6 – Número do CPF				
7 – Município de Nascimento											8 – UF
9 – Número do Documento de Identificação (RG ou Passaporte ou Registro de Conselho Profissional ou Carteira Nacional de Habilitação)			10 – UF	11 – Órgão Emissor	VER TABELA NO VERSO ANEXA	OU	12 – Número da Carteira de Trabalho		13 – Série		14 – UF
15 – Endereço completo (Rua, Av., Alameda, Praça, etc)						16 – Número		17 – Complemento (Apto, Casa, Fundos)			
18 – CEP		19 – Bairro			20 – Cidade			21 – UF			
22 – Nome da Mãe (NÃO ABREVIAR)											

DADOS COMPLEMENTARES

23 – Número do Título de Eleitor			24 – DV	25 – Número do NIT (PIS / PASEP / CICI)			26 – DDD	27 – Número do Telefone			
28 – E-mail											
29 – Autorizo o INSS a encaminhar correspondência via e-mail? Sim Não											
30 – Dia útil de pagamento											
<input type="checkbox"/> 1º Dia Útil		<input type="checkbox"/> 2º Dia Útil		<input type="checkbox"/> 3º Dia Útil		<input type="checkbox"/> 4º Dia Útil		<input type="checkbox"/> 5º Dia Útil			

IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL OU PROCURADOR

(O nome do Representante Legal ou Procurador deve constar da base de dados fornecida pelo INSS)

31 – Nome completo do Representante Legal ou Procurador (NÃO ABREVIAR)											
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PREENCHIMENTO PELO BANCO

RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES DOS DADOS CADASTRAIS

32 – Tipo de responsável											
<input type="checkbox"/> TITULAR		<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL				<input type="checkbox"/> PROCURADOR					
33 – Código e nome da agência bancária responsável pela recepção do formulário						Assinatura e carimbo do funcionário do Banco responsável pela conferência					

<p>COMPROVANTE DE COMPARECIMENTO PARA INFORMAR DADOS CADASTRAIS</p>										CARIMBO DO ÓRGÃO RECEBEDOR	
34 – NÚMERO DO BENEFÍCIO					35 – NÚMERO DO CPF						
36 – NOME DO BENEFICIÁRIO											
37 – DATA DA ENTREGA				38 – RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES DOS DADOS CADASTRAIS							
				<input type="checkbox"/> TITULAR		<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL				<input type="checkbox"/> PROCURADOR	
<p>No caso de comparecimento do Representante Legal ou Procurador, os dados serão validados posteriormente pelo INSS.</p> <p>NOTA: O processamento das informações prestadas ocorrerá no prazo de até 10 (dez) dias úteis após a entrega deste formulário.</p>										Assinatura e carimbo do funcionário responsável pela conferência	

IMPORTANTE

1. EVITE RASURAS. PREENCHA COM ATENÇÃO, COM CANETA PRETA OU AZUL, EM LETRA DE FORMA.
2. PREENCHA COM ATENÇÃO AS INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO. ISTO VAI PERMITIR QUE A PREVIDÊNCIA ENTRE EM CONTATO DIRETO COM VOCÊ.
3. OS DOCUMENTOS EXIGIDOS NO ATO DE ENTREGA SÃO:
 - DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS: CPF E DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO (CARTEIRA DE IDENTIDADE OU CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO OU REGISTRO DE CONSELHO PROFISSIONAL OU PASSAPORTE);
 - DOCUMENTOS DESEJÁVEIS: COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA, TÍTULO DE ELEITOR E NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR (NIT = PIS/PASEP/CICI);
4. ENTREGUE ESTE FORMULÁRIO AO BANCO, DEVIDAMENTE PREENCHIDO, OBEDECENDO O PRAZO ESTABELECIDO PELO INSS. A FALTA DE ATUALIZAÇÃO DOS DADOS CADASTRAIS PODERÁ IMPLICAR NA SUSPENSÃO DO SEU BENEFÍCIO POR AQUELE ÓRGÃO.

ORGÃO EMISSOR

Código	Descrição
01	SECRETARIA DE SEGURANCA PUBLICA
02	MINISTERIO DA AERONAUTICA
03	MINISTERIO DO EXERCITO
04	MINISTERIO DA MARINHA
05	POLICIA FEDERAL
06	CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRACAO
07	CONSELHO REGIONAL DE ASSISTENCIA SOCIAL
08	CONSELHO REGIONAL DE BIBLIOTECONOMIA
09	CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE
10	CONSELHO REGIONAL DE CORRETORES IMOVEIS
11	CONSELHO REGIONAL DE ECONOMIA
12	CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM
13	CREA
14	CONSELHO REGIONAL DE ESTATISTICA
15	CONSELHO REGIONAL DE FARMACIA
16	CREFITO
17	CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
18	CRMV
19	ORDEM DOS MUSICOS DO BRASIL
20	CONSELHO REGIONAL DE NUTRICAO
21	CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA
22	CONRERP
23	CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA
24	CONSELHO REGIONAL DE QUIMICA
25	CORE
26	ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
27	CONSELHO REGIONAL DE BIOLOGIA - CRB
28	CONSELHO REGIONAL DE FONAUDIOLOGIA -CRFA
29	CORESS-CONSELHO REGIONAL SERVICO SOCIAL
30	CRTR-CONSELHO REG TECNICOS EM RADIOLOGIA
31	DETRAN - DEPARTAMENTO DE TRANSITO
32	PM - POLICIA MILITAR
33	CORPO DE BOMBEIROS
99	OUTROS

NACIONALIDADE

Código	Descrição
10	BRASILEIRA
20	NATURALIZADO BRASILEIRO
21	ARGENTINA
22	BOLIVIANA
23	CHILENA
24	PARAGUAIA
25	URUGUAIA
30	ALEMA
31	BELGA
32	BRITANICA
34	CANADENSE
35	ESPANHOLA
36	NORTE-AMERICANA
37	FRANCESA
38	SUICA
39	ITALIANA
41	JAPONESA
42	CHINESA
43	COREANA
45	PORTUGUESA
48	OUTRAS (LATINO-AMERICANAS)
49	OUTRAS (ASIATICAS)
50	OUTRAS

Declaro sob as penas da Lei, serem verídicas as informações por mim prestadas.

_____, ____/____/_____
Local Data

Assinatura do Beneficiário / Procurador / Representante Legal

DIGITAL

Senhor Segurado,

O correto preenchimento deste formulário possibilitará que o INSS entre em contato com você sempre que necessário.

Lembre-se que as informações que você estará prestando servirão para atualizar os seus dados cadastrais, facilitando a sua identificação pelo INSS.