**IAMSPE - INCLUSÃO DE AGREGADOS/DEPENDENTES**

**DADOS COMPLEMENTARES**

NOME DO **CONTRIBUINTE**:

RG DO CONTRIBUINTE:

ESCOLA DO CONTRIBUINTE:

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

**👇** DADOS DO(A) **DEPENDENTE/AGREGADO(A) 👇**

NOME DO DEPENDENTE:

GRAU DE PARENTESCO: SEXO:

NOME DA MÃE DO DEPENDENTE:

NOME DO PAI DO DEPENDENTE:

NACIONALIDADE: ESTADO CIVIL:

DATA NASCIMENTO:

ESCOLARIDADE:

CPF:

RG: ÓRGÃO EMISSOR: UF:

DATA DE EXPEDIÇÃO:

EMAIL:

TELEFONE:

ENDEREÇO: RUA/Nº:

BAIRRO:

CIDADE: CEP:

CAPIVARI, ---- DE ------- DE 2021.

OBS: é necessário o preenchimento de uma ficha de dados complementares **para cada** dependente/agregado solicitado.