**IAMSPE - INCLUSÃO DE AGREGADOS/DEPENDENTES**

**DADOS COMPLEMENTARES**

NOME DO CONTRIBUINTE:

CPF:

ESCOLA DO CONTRIBUINTE:

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

**DEPENDENTE/AGREGADO**

NOME DO DEPENDENTE:

GRAU DE PARENTESCO: SEXO:

NOME DA MÃE:

NOME DO PAI:

NACIONALIDADE: ESTADO CIVIL:

DATA NASCIMENTO:

ESCOLARIDADE: CPF:

RG: ÓRGÃO EMISSOR: UF:

DATA DE EXPEDIÇÃO: EMAIL:

TELEFONE:

ENDEREÇO: RUA/Nº:

BAIRRO:

CIDADE: CEP:

Possui diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA)? SIM ( ) NÃO ( )

Portador de Alguma Deficiência? SIM ( ) NÃO ( )

Se SIM, qual deficiência: .....................................................................................................................

LOCAL/DATA: ......................................., ..................de.................................................de 20......

..........................................................................

Assinatura do contribuinte