

# CADASTRAMENTO PTR

## FAMILIARES DE VÍTIMAS FATAIS - INCLUSÃO

Este formulário deve ser preenchido pelo familiar de Vítima Fatal como Requerente do benefício do PTR ou por seu Representante Legal

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### DADOS DO(A) REQUERENTE

Nome completo \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_

Nome completo da Vítima Fatal \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_

### DADOS PARA RECEBIMENTO DE BENEFÍCIO

Banco \_\_\_\_\_ Código do Banco \_\_\_\_\_

Agência com dígito \_\_\_\_\_ Número de conta com dígito \_\_\_\_\_

Tipo de conta ( ) Corrente ( ) Poupança

Nome do(a) titular \_\_\_\_\_

CPF do(a) titular \_\_\_\_\_

### O QUE EU SOU DA VÍTIMA

*Marque somente um campo*

Pai, Mãe ( )

Marido, Esposa ou Companheiro (a) ( )

Filho (a) ( )

Irmão(ã) ( )

Já recebo ( ) Novo cadastramento ( )

### PREENCHA OS CAMPOS A SEGUIR PARA SE CADASTRAR

Documento de identificação apresentado \_\_\_\_\_

Número do documento \_\_\_\_\_

Órgão emissor \_\_\_\_\_ Data da emissão \_\_\_\_\_

Telefone fixo com DDD \_\_\_\_\_ Celular com DDD \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Complemento \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

Município \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

