# ANEXO II DA RN 27

## SOLICITAÇÃO DE EXTENSÃO DOS EFEITOS DA CONDIÇÃO DE REFUGIADO

1. **DADOS DO REFUGIADO**
   1. **Nome completo:**
   2. **Data de nascimento:** / / **1.3 Nacionalidade:**

**1.4 Endereço:** **Cidade: Estado: Telefone: E-mail:**

* **É OBRIGATÓRIO O ENVIO DO REGISTRO NACIONAL DE ESTRANGEITOS (RNE) OU DO REGISTRO NACIONAL MIGRATÓRIO**

**(RNM).**

1. **DADOS DO FAMILIAR**
   1. **Nome completo:**
   2. **Gênero:**
   3. **Filiação: e**
   4. **Data de nascimento:** / / **Nacionalidade:**
   5. **Documento de viagem: Nº do Documento:**
   6. **Relação de parentesco:**
   7. **Endereço no Brasil:**  **Cidade: Estado: Telefone: E-mail:**
2. **DADOS DE ENTRADA NO BRASIL**
   1. **Cidade de entrada no Brasil**: **Data de entrada**: / /
   2. **Meio de transporte**
3. **FORMA DE INGRESSO NO BRASIL**

**( ) Visto para reunião familiar – Portaria Interministerial nº 12, de 13 de junho de 2018.**

**( ) Outros (especifique):**

**Caso tenha selecionado a primeira opção do item 4 não preencher os itens 5 e 6 abaixo.**

1. **DEMONSTRAÇÃO DE VÍNCULO FAMILIAR**
   1. **Marque o grupo em que seu familiar está incluído**

|  |  |
| --- | --- |
| **( ) Grupo 1** | **( ) Grupo 2** |
| * Cônjuge ou companheiro/a * Filho/a, neto/a, bisneto/a e tataraneto/a. * Pai, mãe, avô, avó, bisavô, bisavô, tataravô, tataravó. * Irmão/irmã ou enteado menor de 18 anos ou até 24 anos desde que **comprovadamente estudante** de educação básica ou superior. | * Tio/Tia – Tio avô/Tia avô * Sobrinho/Sobrinha – Sobrinho neto/Sobrinha neta * Primo/Prima * Sogro/Sogra * Cunhado/cunhada * Irmão/irmã ou enteado/a entre 18 e 24 **que não**   **sejam estudantes** ou acima de 24 anos. |

* 1. **Demonstrativos de vínculo familiar que serão anexados:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ( | ) Passaporte ou cédula de identidade nacional | ( | ) Certidão de nascimento |
| ( | ) Declaração feita em tabelião | ( | ) Certidão de casamento civil ou religioso |
| ( | ) Certidão de nascimento de filhos em comum | ( | ) Evidências de coabitação |
| ( | ) Outros (especifique): |  |  |

**Caso seu familiar pertença ao GRUPO 1 do item 5.1, não preencher o item 6 abaixo.**

1. **DEMONSTRAÇÃO DE DEPENDÊNCIA ECONÔMICA – PARA FAMILIARES ELENCADOS NO GRUPO 2**
   1. **Demonstrativos de dependência econômica:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ( ) Declaração feita em tabelião que declare  dependência econômica | | ( ) Remessas de dinheiro anterior a chegada  da pessoa no Brasil | |
| ( ) Pagamento de despesas (médico, escola,  transporte público). | | ( | ) Pessoa com deficiência |
| ( | ) Outros (especifique): |  |  |

**Alguma outra informação que julgue relevante**:

, de de 20 .