



## FORMULÁRIO DE RECADASTRAMENTO

## APOSENTADO

NOME				OUTRO VÍNCULO PÚBLICO?	
POSSUI INVALIDEZ?	SIM ( ) NÃO ( )	SE SIM, QUAL? DATA DO RECONHECIMENTO DO LAUDO MÉDICO		CID	
MATRÍCULA		NACIONALIDADE - CIDADE/ESTADO		CPF	
FILIAÇÃO					
NASCIMENTO		NACIONALIDADE			
SEXO		ESCOLARIDADE		RAÇA/COR	
RG		ORGÃO EXPEDIDOR		EMISSÃO	
TÍTULO DE ELEITOR		ZONA		SEÇÃO	
PIS/PASEP/NIT		CARTEIRA DE TRAB.		SÉRIE	
ENDEREÇO					
BAIRRO		CIDADE		UF	
CEP		TELEFONE		CELULAR	
EMAIL					
ESTADO CIVIL	SOLTEIRO( ) CASADO( )	DIVORCIADO( ) SEPARADO( ) VIÚVO( )	SE CASADO:		
NOME DO CÔNJUGE				NACIONALIDADE	
CPF DO CÔNJUGE		DATA DE NASCIMENTO DO CONJUGE		RG	
DEPENDENTE MENOR DE 21 ANOS OU INVÁLIDO?	SIM ( ) NÃO ( )	POSSUI OUTROS DEPENDENTES? SIM ( ) NÃO ( )		CPF DO DEPENDENTE	
NOME DO DEPENDENTE				PARENTESCO	
DATA NASCIMENTO		INVÁLIDO? ( ) SIM ( ) NÃO	DEDUÇÃO DE IR? ( ) SIM ( ) NÃO	RG	
AO SERVIDOR DO MORENOPREV RESPONSÁVEL: DECLARO QUE CONFERI E RECEBI CÓPIA DOS DOCUMENTOS ABAIXO INDICADOS:					
RG	COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA			ASSINATURA	
CPF	DOCUMENTAÇÃO DOS DEPENDENTES (CERTIDÃO DE NASCIMENTO/RG/CPF)				
CERTIDÃO DE CASAMENTO	LAUDO MÉDICO, SE INVÁLIDO				
OBSERVAÇÕES					

Pelo presente, declaro que as informações contidas neste formulário são a expressão da verdade, e o erro, omissão ou adulteração das informações aqui presentes podem ensejar em consequências administrativas, cíveis e/ou criminais.

ASSINATURA

PARA O CARTÓRIO: RECONHECIMENTO DE FIRMA POR AUTENTICIDADE OU SEMELHANÇA	

RECADASTRADO EM \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

SERVIDOR RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_