

**FORMULÁRIO DE RECADASTRAMENTO****APOSENTADO**

NOME					OUTRO VÍNCULO PÚBLICO?	
POSSUI INVALIDEZ?	SIM () NÃO ()	SE SIM, QUAL?				
		DATA DO RECONHECIMENTO DO LAUDO MÉDICO		CID		
MATRÍCULA		NATURALIDADE - CIDADE/ESTADO		CPF		
FILIAÇÃO						
NASCIMENTO		NACIONALIDADE				
SEXO		ESCOLARIDADE		RAÇA/COR		
RG		ORGÃO EXPEDIDOR		EMIÇÃO		
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				NATURALIDADE		
CPF DO CÔNJUGE		DATA DE NASCIMENTO DO CÔNJUGE		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	
CASO HAJA MAIS DE UM:				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: _____