



FORMULÁRIO DE RECADASTRAMENTO

PENSIONISTA

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					

DADOS SOBRE O SERVIDOR QUE ORIGINOU A PENSÃO

NOME				
CPF		PARENTESCO	CÔNJUGE () COMPANHEIRO () FILHO () OUTRO () _____	
DATA DO ÓBITO		MATRÍCULA		

ESTADO CIVIL	SOLTEIRO() CASADO ()	DIVORCIADO () SEPARADO ()	VIÚVO ()	SE CASADO:	
NOME DO CÔNJUGE				NATURALIDADE	
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	

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	
CPF	DOCUMENTAÇÃO DOS DEPENDENTES (CERTIDÃO DE NASCIMENTO/RG/CPF)	
CERTIDÃO DE ÓBITO	LAUDO MÉDICO, SE INVÁLIDO	ASSINATURA
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: _____