



FORMULÁRIO DE RECADASTRAMENTO

PENSIONISTA

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					
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				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
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, civis e/ou criminais.

ASSINATURA

PARA O CARTÓRIO: RECONHECIMENTO DE FIRMA POR AUTENTICIDADE OU SEMELHANÇA	

RECADASTRADO EM ____/____/_____

SERVIDOR RESPONSÁVEL: _____