

**RECADASTRAMENTO  
APOSENTADOS**

Matrícula

Cargo/Função

**DADOS PESSOAIS**

Nome Completo (não abreviar)

Filiação (não abreviar):

Nome do Pai

Nome da Mãe

Sexo

Fem.

Masc.

4- Data de Nascimento



/









Naturalidade

UF

Nacionalidade

Estado Civil

1- Casado 2- Solteiro 3- Viúvo 4- Separado judicialmente  
5- Divorciado 6- União estável

Grau de Instrução

1 - Analfabeto 2 - Alfabetizado 3 - 1º Grau Incompleto 4 - 1º Grau Completo 5 - 2º Grau Incompleto 6 - 2º Grau Completo  
7 - 3º Grau Incompleto 8 - 3º Grau Completo 9 - Pós-Graduação 10 - Mestrado 11 - Doutorado 12 - Pós-Doutorado

**ENDEREÇO**

Logradouro (Av., Rua etc)

Município

CEP



Bairro

Telefone




E-Mail

**DOCUMENTAÇÃO**

CPF

Título de Eleitor

Zona

Seção

Carteira de Identidade

Órgão Expedidor

Data de expedição














UF

PIS/ PASEP

**ACÚMULO DE CARGO EFETIVO? ( ) SIM ( ) NÃO**

DATA DE INÍCIO

/

/

CARGO

ÓRGÃO DE ORIGEM

**ACÚMULO DE APOSENTADORIA? ( ) SIM ( ) NÃO**

A

Aposentadoria:

1- por tempo de contribuição

2- por idade ou compulsória

3- por invalidez permanente

Data de Início

Valor do Benefício

Cargo exercido em atividade

Órgão de origem

**Dependentes****Código de Vínculo:**1 - cônjuge;  
2 - filho (a);3 - pai/mãe;  
4 - irmão (a);5 - designado (a)  
6 - companheiro(a);7 - ex-cônjuge;  
8 - menor sob guarda.**Código de Capacidade:**

1- Capaz

2- Inválido/Incapaz

3- Inválido/Capaz

**Código de Estado Civil:**1- Casado 2- Solteiro 3- Viúvo 4- Separado judicialmente 5-Divorciado  
6- União Estável**Código do Motivo:**

1- Adoção 2- Filho Postúmo 3- Decisão Judicial 4- Outros

**Dependente 1**

Nome
------

Data de Nascimento <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Vínculo	Capacidade	Est. Civil	Sexo <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> Masc. <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> Fem.
---	---------	------------	------------	--

Carteira de Identidade	Órgão Expedidor	UF	21- CPF
------------------------	-----------------	----	---------

<b>No caso de Dependente Adotivo:</b> Data do início da dependência: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Motivo do início de dependência: _____	Grau de Instrução _____
---	----------------------------

**Dependente 2**

Nome
------

Data de Nascimento <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Vínculo	Capacidade	Est. Civil	Sexo <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> Masc. <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> Fem.
---	---------	------------	------------	--

Carteira de Identidade	Órgão Expedidor	UF	21- CPF
------------------------	-----------------	----	---------

<b>No caso de Dependente Adotivo:</b> Data do início da dependência: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Motivo do início de dependência: _____	Grau de Instrução <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
---	--

**Dependente 3**

Nome
------

Data de Nascimento <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Vínculo	Capacidade	Est. Civil	Sexo <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> Masc. <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> Fem.
---	---------	------------	------------	--

Carteira de Identidade	Órgão Expedidor	UF	21- CPF
------------------------	-----------------	----	---------

<b>No caso de Dependente Adotivo:</b> Data do início da dependência: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Motivo do início de dependência: _____	Grau de Instrução _____
---	----------------------------

**Dependente 4**

Nome \_\_\_\_\_

Data de Nascimento:   /   /

Vínculo: \_\_\_\_\_ Capacidade: \_\_\_\_\_ Est. Civil: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masc.  Fem.

Carteira de Identidade: \_\_\_\_\_ Orgão Expedidor: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ 21- CPF: \_\_\_\_\_

**No caso de Dependente Adotivo:**

Data do início da dependência:   /   /

Motivo do início de dependência: \_\_\_\_\_

Grau de Instrução: \_\_\_\_\_

**Dependente 5**

Nome \_\_\_\_\_

Data de Nascimento:   /   /

Vínculo: \_\_\_\_\_ Capacidade: \_\_\_\_\_ Est. Civil: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masc.  Fem.

Carteira de Identidade: \_\_\_\_\_ Orgão Expedidor: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ 21- CPF: \_\_\_\_\_

**No caso de Dependente Adotivo:**

Data do início da dependência:   /   /

Motivo do início de dependência: \_\_\_\_\_

Grau de Instrução: \_\_\_\_\_

**Dependente 6**

Nome \_\_\_\_\_

Data de Nascimento:   /   /

Vínculo: \_\_\_\_\_ Capacidade: \_\_\_\_\_ Est. Civil: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masc.  Fem.

Carteira de Identidade: \_\_\_\_\_ Orgão Expedidor: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ 21- CPF: \_\_\_\_\_

**No caso de Dependente Adotivo:**

Data do início da dependência:   /   /

Motivo do início de dependência: \_\_\_\_\_

Grau de Instrução: \_\_\_\_\_

**Declaro que todas as informações preenchidas estão corretas e me responsabilizo pela sua veracidade.**

Assinatura do servidor: \_\_\_\_\_ Nº de Folhas: \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

**Coletor Responsável**

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_