



FICHA PARA RECADASTRAMENTO DE APOSENTADOS E PENSIONISTAS
EDITAL DE PROVA DE VIDA Nº002/2023

DADOS PESSOAIS:

Aposentado Pensionista

Nome:

CPF: Data de nascimento: Sexo: Feminino Masculino

Mãe: Pai:

Identidade: UF: Órgão expedidor: Data/Expedição:

Estado civil: Solteiro (a) Casado (a) Separado (a) Divorciado (a) Viúvo (a)

Telefone:

Nome do Cônjuge /
Companheiro (a):

Identidade: UF: Órgão expedidor: Data/Expedição:

CPF: Telefone:

ENDEREÇO:

Logradouro:

Nº: Bairro: Cidade/UF:

CEP: Complemento:

REPRESENTANTE LEGAL:

Situação: Procurador(a) Tutor(a) Curador(a) Mãe/Pai Outro:

Nome do representante:

CPF: Data de nascimento: Sexo: Feminino Masculino

Identidade: UF: Órgão expedidor: Data/Expedição:

Logradouro:

Nº: Bairro: Cidade/UF: CEP:

Telefone: E-mail:



CUMULAÇÃO DE CARGO PÚBLICO:

NÃO SIM:

Cargo: Órgão:

Data de Admissão: Carga horária:

Situação: SERVIDOR(A) ATIVO (A) SERVIDOR(A) INATIVO (A)

DEPENDENTE 1:

Nome: _____

Data de Nascimento: CPF: Sexo: Feminino Masculino

Identidade: UF: Órgão expedidor: Data/Expedição:

OBS.: _____

DEPENDENTE 2:

Nome: _____

Data de Nascimento: CPF: Sexo: Feminino Masculino

Identidade: UF: Órgão expedidor: Data/Expedição:

OBS.: _____

DEPENDENTE 3:

Nome: _____

Data de Nascimento: CPF: Sexo: Feminino Masculino

Identidade: UF: Órgão expedidor: Data/Expedição:

OBS.: _____

DEPENDENTE 4:

Nome: _____

Data de Nascimento: CPF: Sexo: Feminino Masculino

Identidade: UF: Órgão expedidor: Data/Expedição:

OBS.: _____

Declaro, sob as penas da Lei, que os dados informados neste formulário correspondem à expressão da verdade.

LOCAL/DATA: _____

ASSINATURA _____

Recebido em: ____/____/____