

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:

N°:

Bairro:

Cidade/UF:

CEP:

Telefone:

E-mail:

**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

Logradouro:

Nº: Bairro:

Cidade/UF:

CEP:

Complemento:

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

DADOS PESSOAIS:

ENDEREÇO:

REPRESENTANTE LEGAL:



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: / /

Assinatura e carimbo - Chefe de RH