



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas

FICHA PARA RECADASTRAMENTO DE APOSENTADOS E PENSIONISTAS

1 - DADOS PESSOAIS:

ANO DE RECADASTRAMENTO: _____

Aposentado Pensionista

Nome: _____ Mat.SIAPE: _____

CPF: _____ Data de nascimento: _____ Sexo: Feminino Masculino

Mãe: _____ Pai: _____

Identidade: _____ UF: _____ Órgão expedidor: _____ Data Expedição: _____

Estado civil: Solteiro Casado Separado Divorciado Viúvo

Título de Eleitor: _____ Zona: _____ Seção: _____ Data Expedição: _____

1.2 - ENDEREÇO:

Rua, Av., Pç : _____ Nº: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade/UF: _____ CEP: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

1.3 - DADOS BANCÁRIOS:

Banco: _____ Agência: _____ Conta corrente: _____

2 - REPRESENTANTE LEGAL:

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

Nome do representante: _____

CPF: _____ Data de nascimento: _____ Sexo: Feminino Masculino

Identidade: _____ UF: _____ Órgão expedidor: _____ Data Expedição: _____

Rua, Av., Pç : _____ Nº: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade/UF: _____ CEP: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

3 - DECLARAÇÃO DO PENSIONISTA OU REPRESENTANTE LEGAL:

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

DATA: _____

Assinatura do(a) Servidor(a)

Recebido em: ____/____/____.

Assinatura e carimbo da área de RH.

CCD.026.13_FRM-DARH-XX_R01

DESTACAR

COMPROVANTE DE RECADASTRAMENTO DE APOSENTADO E PENSIONISTA - ANO _____

MAT.SIAPE do aposentado ou pensionista: _____

RECEBIDO POR: _____ MAT.SIAPE nº: _____ Em: ____/____/____.