



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES
MUNICIPAIS DE ITUMBIARA
ESTADO DE GOIÁS



ANEXO I

FORMULÁRIO DE RECADASTRAMENTO (APOSENTADO)

1. DADOS PESSOAIS

NOME			MATRICULA		
ENDEREÇO RESIDENCIAL					
BAIRRO			CIDADE		UF
DATA DE NASCIMENTO	SEXO () M () F	ESTADO CIVIL		TELEFONE(S) PARA CONTATO	
NATURALIDADE			NACIONALIDADE		
NÍVEL DE ESCOLARIDADE					
NOME DO PAI					
NOME DA MÃE					

2. DOCUMENTOS PESSOAIS

C.P.F	Nº PIS/PASEP		
Nº CARTEIRA IDENTIDADE (RG)	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA DE EXPEDIÇÃO	
Nº C.T.P.S	Nº SÉRIE C.T.P.S		
Nº TÍTULO DE ELEITOR	ZONA	SEÇÃO	DATA DE EMISSÃO
CARGO EM QUE SE DEU APOSENTADORIA			
TIPO DE APOSENTADORIA			

3. DADOS DO CÔNJUGE

NOME DO CÔNJUGE		
DATA DE NASCIMENTO	C.P.F	SEXO <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem
PROFISSÃO DO CÔNJUGE	TELEFONE(S) PARA CONTATO	
SERVIDOR DIVORCIADO OU SEPARADO JUDICIALMENTE: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES
MUNICIPAIS DE ITUMBIARA
ESTADO DE GOIÁS



4. DEPENDENTES

NOME DO DEPENDENTE			
DATA DE NASCIMENTO	GRAU DE PARENTESCO	SEXO <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	INVÁLIDO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
NOME DO DEPENDENTE			
DATA DE NASCIMENTO	GRAU DE PARENTESCO	SEXO <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	INVÁLIDO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
NOME DO DEPENDENTE			
DATA DE NASCIMENTO	GRAU DE PARENTESCO	SEXO <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	INVÁLIDO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
NOME DO DEPENDENTE			
DATA DE NASCIMENTO	GRAU DE PARENTESCO	SEXO <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	INVÁLIDO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
NOME DO DEPENDENTE			
DATA DE NASCIMENTO	GRAU DE PARENTESCO	SEXO <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	INVÁLIDO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

Declaro, sob pena de lei, que os dados informados neste documento correspondem à expressão da verdade.

_____ / ____ / ____
Assinatura do Aposentado **Data**

COMPROVANTE DE RECADASTRAMENTO

Recebemos o Formulário de Recadastramento do Sr(a). _____
_____ aposentado(a) regido pelo do IPASMI, conforme determina a legislação nº 046/2005.

Itumbiara-GO., ____ / ____ / _____

Assinatura do Funcionário