

FUNDO DE SEGURIDADE SOCIAL DE SÃO ROQUE

Formulário de Cadastramento do Servidor Pensionista 30/08/2017-08:30 N° Pág: 1

Nome:		Endereço:				Número:				
*		*				*				
Complemento:		Bairro:		Cidade:		UF: CEP:		Telefone:		
*		*		*		* *		*		
Telefone Celular:		Sexo:	Data de Nascimento:		Estado Civil:		Posse no Serv. Públic. em Razão de Concurso:		Posse no Cargo Efetivo em Exercício:	
*		*	*		*		*		*	
Nome do Pai:		Nome do Mãe:		Naturalidade:			Email			
*		*					*			
Entidade Vinculada:			Departamento:			Situação:				
			*							
Cargo:			Local Trabalho:			Matrícula:		Matr. RPPS:		
*			*			*				

Portaria, Ato ou Decreto de posse do Cargo Efetivo:		Data Portaria de posse Cargo Efetivo:		Recebe Abon.Permanencia:		Portaria, Ato ou Decreto de Exoneração:		Dt Exoneração ou Desligamento:		CPF:		PIS/PASEP:					
										*		*					
RG:		Orgão Exped.:		Data de Expedição:		Título Eleitor:		Zona:		Seção:		Carteira Trab.:		Série:		Data:	
*		*		*		*						*		*		*	
Nº Certidão Casamento :		Livro:		Folha:		Nº Certidão de Nascimento:		Livro:		Folha:		Escolaridade:		Último Recadastramento:			
												*					

DADOS DA PENSÃO

Dt. de Ini. da Pensão: Servidor Instituidor de Pensão:						Port./Ato/Decreto Concessão:		Valor Benefício:	
*		*		-		*		*	
Grau de Parentesco:			Capacidade Pensionista:			Pensão Vitalícia: Estudante:		Valor Ini. de Conc. do Benef.:	
*		-	*		-	*	*	*	

DADOS DA APOSENTADORIA

Dt. Aposentadoria: Port./Ato/Decreto Concessão:		Valor Inicial de Concessão do Benefício:		Valor Benefício:		Regra Aplicada:	

FUNDO DE SEGURIDADE SOCIAL DE SÃO ROQUE

Formulário de Cadastramento do Servidor

30/08/2017-08:30

Nº Pág: 2

DEPENDENTES - Filhos(as), Esposo(a), Pai e Mãe

Nome	RG	CPF	Dt. Nascimento	Parentesco	Capacidade	Mãe	Sexo	Informações Adicionais

Tempo de Contribuição - Empresas Trabalhadas

Data Inicial	Data Final	Empresa	Magistério

OBSERVAÇÕES Data de Entrega: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local de Entrega: DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO

Senhor Servidor favor completar todos os dados - Anexar os xerox da carteira de trabalho referente aos anos anteriores ao do trabalho da Prefeitura

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

\* - Preenchimento obrigatório