



REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE APOSENTADORIA

NOME			MATRÍCULA	
DATA DE NASCIMENTO	CPF		SEXO ☐ FEM ☐ MASC	
ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, PRAÇA)	NÚMERO	COMPLEMENTO	CEP	
BAIRRO	MUNICÍPIO		UF	TELEFONE ☐ é whatsapp
CARGO QUE DECORREU APOSENTADORIA			ORGÃO DE ORIGEM	
E-MAIL				

1. Solicito cancelamento da aposentadoria referente à matrícula _____
pelo(s) seguinte(s) motivo(s)¹: _____

_____.

2. ☐ Declaro que não estou em débito com os cofres públicos.

3. ☐ Estou ciente de que a renúncia ao pagamento da minha aposentadoria é ato irretratável e irrevogável.

4. Neste ato, junto os seguintes documentos comprobatórios:

_____.

_____, _____ 202_.

Assinatura do Requerente

¹ Preenchimento do motivo é obrigatório.