

FORMULÁRIO PADRÃO DE APOSENTADORIA INVOLUNTÁRIA

NOME*:	MATRÍCULA*:
--------	-------------

DATA DE NASCIMENTO*:	CPF*:	PIS/PASEP:	SEXO*: FEM() MAS()
----------------------	-------	------------	------------------------------

ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, PRAÇA)*:	NÚMERO*:	COMPLEMENTO*:	CEP*:
----------------------------------	----------	---------------	-------

BAIRRO*:	MUNICÍPIO*:	UF*:	TELEFONE*:
----------	-------------	------	------------

CARGO EFETIVO/FUNÇÃO*:	ORGÃO DE ORIGEM*:
------------------------	-------------------

EMAIL:

() Aceito receber intimações neste e-mail relativas aos processos em trâmite no IGEPREV.

ESPÉCIE:

APOSENTADORIA POR INCAPACIDADE PERMANENTE (CONFORME TERMO DE OPÇÃO POR REGRA ANEXO).

APOSENTADORIA COMPULSÓRIA

LOCAL, DATA _____ : ____/____/____

LOCAL, DATA _____ : ____/____/____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
(Cargo/Função e matrícula do responsável
do órgão/entidade).

NOME DO SERVIDOR
(Cargo/Função e matrícula)

*** (SE FOR FÍSICO PODE SER SUBSTITUÍDO PELA ASSINATURA E CARIMBO DE AMBOS).**

***Campos de preenchimento obrigatório**