

## REQUERIMENTO DE APOSENTADORIA VOLUNTÁRIA

NOME*:	
MATRÍCULA*:	DATA DE NASCIMENTO*:
CPF*:	PIS/PASEP:
SEXO*:	CEP*:
ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, PRAÇA)*:	
NÚMERO*:	COMPLEMENTO*:
BAIRRO*:	MUNICÍPIO*:
UF*:	TELEFONE*:
CARGO EFETIVO/FUNÇÃO*:	ORGÃO DE ORIGEM*:
EMAIL:	

REQUER A CONCESSÃO DE:

☐ **APOSENTADORIA VOLUNTÁRIA** (CONFORME TERMO DE OPÇÃO POR REGRA ANEXO)

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