



RECADASTRAMENTO
Secretaria-Geral do Ministério Público
Diretoria de Recursos Humanos

() **SERVIDOR INATIVO** () **PENSIONISTA**

Informações sobre o SERVIDOR INATIVO ou PENSIONISTA		
Nome Completo:		
Matrícula:	Cargo:	
Sexo: () M () F	Data de Nascimento: ____/____/____	
Endereço:		
Número:	Complemento:	Bairro:
Cidade:		Estado:
CEP: _____ - _____		* E-mail pessoal:
Telefone residencial: ()		Telefone celular: ()

Informações sobre o REPRESENTANTE LEGAL <small>(em caso de interdição do servidor e em casos de menoridade ou interdição do pensionista)</small>		
Representação: () Definitiva () Provisória - Validade: ____/____/____		
Nome Completo:		
CPF:		
ID:	Órgão:	Data de emissão: ____/____/____
Endereço:		
Número:	Complemento:	Bairro:
Cidade:		Estado:
CEP: _____ - _____		* E-mail pessoal:
Telefone residencial: ()		Telefone celular: ()

Informações sobre o INSTITUIDOR DA PENSÃO <small>(os campos abaixo devem ser preenchidos somente para o recadastramento de pensionistas)</small>		
Nome Completo:		
Matrícula:	Cargo:	
Data do Falecimento: ____/____/____		

***Estou ciente de que os endereços eletrônicos (e-mail) informados neste formulário serão utilizados para envio de comunicação institucional, inclusive aquelas relativas ao recadastramento anual obrigatório, a ser realizado sempre no mês de aniversário do(a) pensionista.**

Declaro, sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas correspondem inteiramente à verdade.

Data ____/____/____