



**RECADASTRAMENTO PREVIDENCIÁRIO ANUAL DO ANO DE 2025**

**1 – DADOS BÁSICOS:**

Nome completo: \_\_\_\_\_

Classificação: Aposentado ( ) Pensionista ( )

Matrícula: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F

CI: \_\_\_\_\_ Dt. de Nasc.: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone(s): \_\_\_\_\_

**2 – DADOS DEPENDENTES**

\*Possui dependentes para fins previdenciários? ( ) SIM ( ) NÃO

**\*CASO SIM:**

Nome do dependente: \_\_\_\_\_

Vínculo (se é filho/cônjuge/etc): \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Dependente é inválido com dependência econômica? ( ) SIM ( ) NÃO

**\*CASO SIM:**

Nome do dependente: \_\_\_\_\_

Vínculo (se é filho/cônjuge/etc): \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Dependente é inválido com dependência econômica? ( ) SIM ( ) NÃO

\*Possui dependentes para fins de imposto de renda? ( ) SIM ( ) NÃO

**\*CASO SIM:**

Nome do dependente: \_\_\_\_\_

Vínculo (se é filho/cônjuge/etc): \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Dependente é inválido com dependência econômica? ( ) SIM ( ) NÃO

**\*CASO SIM:**



Nome do dependente: \_\_\_\_\_

Vínculo (se é filho/cônjuge/etc): \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Dependente é inválido com dependência econômica? ( ) SIM ( ) NÃO

Declaro serem verdadeiras as informações contidas neste formulário, sob as penas da Lei.

Cidade: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

---

Assinatura do Segurado