



**DEFENSORIA PÚBLICA DO  
ESTADO DE MINAS GERAIS**

**FORMULÁRIO DE  
RECADASTRAMENTO DE APOSENTADOS**

**DADOS PESSOAIS**

|                     |                         |      |           |
|---------------------|-------------------------|------|-----------|
| NOME:               |                         |      | MASP:     |
| ENDEREÇO:           |                         |      | BAIRRO:   |
| CIDADE:             | UF:                     | CEP: | TELEFONE: |
| DATA DE NASCIMENTO: | CARTEIRA DE IDENTIDADE: |      | C.P.F.:   |
| E-MAIL              |                         |      |           |

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do aposentado (igual a da identidade)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do atendente (com carimbo)

\_\_\_\_\_  
MASP/MAT

**COMPROVANTE DE RECADASTRAMENTO DO APOSENTADO**

DECLARO QUE O(A) SR.(A) \_\_\_\_\_,  
MASP \_\_\_\_\_, COMPARECEU EM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ NESTA DEFENSORIA  
PARA RECADASTRAMENTO.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do atendente (com carimbo)

\_\_\_\_\_  
MASP/MAT