

## CHECK-LIST – SPPREV – APOSENTADORIA

**Nome do Servidor:** \_\_\_\_\_ **CPF:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

*\*O Nome Completo precisa ser igual em todos os documentos.*

**Certidão de Casamento / Nascimento / Óbito / Divórcio** (Cópia legível e com carimbo de visto-confere atualizado)

Nome Completo

**CPF** (Cópia legível com carimbo de visto-confere atualizado)

Nome Completo

Número

**Cédula de Identidade** (Cópia legível com carimbo de visto-confere atualizado)

Nome Completo

Número

Data de nascimento

**Comprovante de Endereço** (Cópia legível com carimbo de visto-confere atualizado)

CEP

Nome (Servidor, Cônjuge, País)

**Comprovante de Conta Telefônica** (Cópia legível com carimbo de visto-confere atualizado)

Número

Nome (Servidor, Cônjuge, País)

**Comprovante de Conta Bancária do Banco do Brasil** (Extrato original do caixa eletrônico sem movimentação e s/visto confere c/original)

Nome Completo

Número da conta, Agência e Banco – *Iguais aos do requerimento*

**PIS/PASEP** (Cópia legível com carimbo de visto-confere atualizado)

*Solicitar no Banco do Brasil ou Caixa Econômica Federal. Se tiver os dois, prevalece o nº mais antigo.*

Nome Completo

Número

**Termo de Ciência e Notificação – TCE (Original) - Gerado pelo Sistema SIGEPREV**

Nome do Servidor

Número do RG

Assinatura do servidor

**Requerimento (Original) – Gerado pelo Sistema SIGEPREV**

Data de Assinatura do Requerimento

Nome do Servidor

Assinatura do servidor

Fundamento Legal – *Igual ao da Certidão*

Número da Conta Corrente, Agência e Banco – *Iguais ao do Comprovante*

**Hollerit:** Demonstrativo de Pagamento (Cópia legível com carimbo de visto-confere atualizado)

Mês anterior à data do requerimento

**Laudo Médico - Invalidez** (Original)

**Ato Decisório** – *Anexar o acúmulo com a página do DOE*

**Mapa de Carga Horária impressa pelo GDAE**

(Quando houver erro no quadro do GDAE, enviar quadro de aulas manual junto com roteiro)  
*Exclusivamente para Professores*

Nome do Servidor

Assinatura do Servidor

Assinatura do Responsável

**Obs:** *imprimir somente após homologado pela DE*

**Declaração de acúmulo de Cargos/benefícios – (Modelo no site da DE).**

Deverá ser preenchido mesmo que não receba benefício de outro órgão  
não ( ), sim ( )

Se receber benefício de outro órgão incluir Declaração do órgão pagador.