Instituto de Previdência Municipal
CNPJ 65.711.285/0001-14

RECADASTRAMENTO DE: ☐ **APOSENTADO** ☐ **PENSIONISTA**

1 - NOME: [_____]

2 - DADOS PESSOAIS

RG: [_____] **Órgão expedidor:** [_____] **Data expedição:** [_____/_____/_____]

CPF: [_____]

Nascimento: [_____ / _____ / _____] **U.F Nascimento:** [_____]

Natural de: [_____]

Nacionalidade: [_____]

Estado civil: [ ] Solteiro(a) **[ ]** Casado(a) **[ ]** Divorciado(a) **[ ]** Viúvo(a) **[ ]** Outros: _____

3 - DADO ENDEREÇO

Rua/Avenida: [_____]

Número: [_____] **Bairro:** [_____] **CEP:** [_____ - _____]

Município: [_____] **U.F.:** [_____]

DDD: [_____] Telef. [ ] Res [ ] Recado - Contato: [_____]

DDD: [_____] Telef. Celular: [_____]

E-mail: [_____]

4 – Dependentes

Nome: _____ **Data Nasci.** (_____ /_____ /_____) **Parentesco:** _____

Nome: _____ **Data Nasci.** (_____ /_____ /_____) **Parentesco:** _____

Nome: _____ **Data Nasci.** (_____ /_____ /_____) **Parentesco:** _____

ASSINATURA: _____ **EM:** _____ /_____ / 20_____

ATENÇÃO: Reconhecer firma da assinatura **POR AUTENTICIDADE** em cartório **NO MÊS DO ANIVERSÁRIO**

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

1) Verificar se os dados acima estão corretos, caso positivo, **RECONHECER FIRMA DA ASSINATURA POR "AUTENTICIDADE" EM CARTÓRIO**, **NO MÊS DO ANIVERSÁRIO**, encaminhando o formulário para o Instituto de Previdência Municipal de Fernandópolis.

2) SE FOR ENTREGAR O FORMULARIO PESSOALMENTE
Compareça no Instituto, no mês do seu aniversario; (Caso seja necessário, consulte o endereço da sua unidade no site: http://ipremfernandopolis.sp.gov.br/recadastramento

3) FAVOR NÃO RASURAR O FORMULÁRIO.