



PREVISPA

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES
PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE SÃO PEDRO DA ALDEIA

FORMULÁRIO PARA RECADASTRAMENTO DE APOSENTADOS

Eu, _____ abaixo assinado (a),
nascido (a) em ____/____/____, portador (a) da Carteira de Identidade nº
_____, expedida pelo _____, com data
de expedição ____/____/____, portador (a) do CPF nº
_____, estado civil _____,
residente à _____,
bairro _____, cidade _____,
estado _____, CEP _____, telefone
() _____, celular () _____, por
este ato realizo meu recadastramento e assumo perante o Instituto de Previdência dos
servidores Públicos do Município de São Pedro da Aldeia, inteira responsabilidade civil e
criminal pelas informações constantes neste formulário.

_____, ____ de _____ 2020.
CIDADE DIA MÊS

Assinatura

OBSERVAÇÃO: Deverá ser feito o **reconhecimento de firma por autenticidade**, o que exige a
assinatura perante o tabelião.