



# PREVISPA

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

## FORMULÁRIO PARA RECADASTRAMENTO DE PENSIONISTAS

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.