

RECADASTRAMENTO DE SERVIDORES INATIVOS

Eu, _____,
matrícula (s) _____, data de nascimento ____/____/____,
portador(a) da carteira de identidade nº _____, expedida pelo _____,
CPF nº _____, residente à _____
_____ bairro _____,
cidade _____, Estado _____, CEP _____,
telefone (____) _____, por este ato realizo o meu recadastramento e
assumo, perante o Instituto de Previdência e Assistência do Município do Rio de
Janeiro, inteira responsabilidade civil e criminal pelas informações constantes neste
formulário.

_____, _____ de _____ de _____.
(cidade)

Assinatura do(a) **Servidor Inativo**
(Reconhecimento de firma por **autenticidade**)

IMPORTANTE: não será aceito o reconhecimento de firma por semelhança, somente por autenticidade, o que exige a assinatura perante o tabelião.

Enviar para: Rua Afonso Cavalcanti nº 455 ▪ bloco 2 ▪ sala 106
Cidade Nova ▪ Rio de Janeiro ▪ CEP 20211-110