



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO SERVIDOR MUNICIPAL
DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

FICHA DE RECADASTRAMENTO

DADOS PESSOAIS

| | | | | |
|----------------------------------|-----|------------|--------|--------------|
| NOME DO APOSENTADO / PENSIONISTA | | | | |
| MATRÍCULA | | CPF | | ESTADO CIVIL |
| ENDEREÇO | | | | |
| BAIRRO | | | CIDADE | |
| ESTADO | CEP | TELEFONE 1 | | TELEFONE 2 |
| E-MAIL | | | | |

DEPENDENTES

| NOME | NASCIMENTO | CPF | IR | PARENTESCO |
|------|------------|-----|----|------------|
| NOME | NASCIMENTO | CPF | IR | PARENTESCO |
| NOME | NASCIMENTO | CPF | IR | PARENTESCO |

OBS: NO CAMPO IR, PREENCHER SE É DEPENDENTE DE IMPOSTO DE RENDA.

POSSUI OUTRO BENEFÍCIO? SIM NÃO

| ORGÃO | REMUNERAÇÃO MENSAL |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> EFETIVO (__/__/__) | <input type="checkbox"/> APOSENTADO DO INSS (__/__/__) |
| <input type="checkbox"/> TEMPORÁRIO (__/__/__) | <input type="checkbox"/> PENSIONISTA DO INSS (__/__/__) |
| <input type="checkbox"/> CARGO EM COMISSÃO (__/__/__) | <input type="checkbox"/> APOSENTADO RPPS (__/__/__) |
| <input type="checkbox"/> CARGO ELETIVO (__/__/__) | <input type="checkbox"/> PENSIONISTA RPPS (__/__/__) |

Eu, acima qualificado, DECLARO para todos os fins legais, que as informações prestadas são verdadeiras, responsabilizando-me para todos os efeitos, pela presente afirmação, ciente de que qualquer informação falsa importa em responsabilidade criminal nos termos do artigo 299 do Código Penal.

Comprometo-me a comunicar, no prazo de 30 (trinta) dias, qualquer alteração das informações acima prestadas.

_____, _____ DE _____ DE _____.

ASSINATURA

A ASSINATURA DEVE SER RECONHECIDA EM CARTÓRIO POR AUTENTICIDADE.