



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 _____.

Assinatura do Servidor Inativo

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