



**PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO**

Instituto de Previdência e Assistência do Município do Rio de Janeiro

PREVI-RIO

**RECADASTRAMENTO DO SERVIDOR INATIVO À DISTÂNCIA  
(QUANDO NÃO HOUVER AGÊNCIA DO BANCO SANTANDER NA CIDADE)**

Eu, \_\_\_\_\_  
matrícula (s) \_\_\_\_\_, data de nascimento  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, portador da carteira de identidade nº \_\_\_\_\_, expedida pelo  
\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, residente na \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_,  
bairro \_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_,  
estado \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, telefone  
(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_ por este  
ato realizo o meu cadastramento 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) segurado(a)  
(Reconhecimento de firma por autenticidade)

**IMPORTANTE:**

- 1. Este documento deverá ser reconhecido por autenticidade, o que exige a assinatura perante o tabelião. Não será aceito o reconhecimento de firma por autenticidade.**
- 2. Encaminhar aos cuidados da Gerência de Atendimento do Previ-Rio.**

Enviar para: Rua Afonso Cavalcanti nº 455 ▪ bloco 2 ▪ sala 102  
Bairro Cidade Nova ▪ Rio de Janeiro ▪ CEP 20211-110