



RECADASTRAMENTO ANUAL APOSENTADOS E PENSIONISTAS DO IPMJ

NOME	
SITUAÇÃO: <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> PENSIONISTA	MATRÍCULA
CEP	DATA DE NASCIMENTO
ENDEREÇO	
COMPLEMENTO	BAIRRO
CIDADE	UF
TELEFONE	CELULAR
ESTADO CIVIL	COR / RAÇA
RG	CPF
DATA DE EMISSÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR
E-MAIL	

POSSUI OUTRO BENEFÍCIO? SIM NÃO

ORGÃO	REMUNERAÇÃO
<input type="checkbox"/> EFETIVO (____/____/____)	<input type="checkbox"/> APOSENTADO (INSS) (____/____/____)
<input type="checkbox"/> TEMPORÁRIO (____/____/____)	<input type="checkbox"/> PENSIONISTA (INSS) (____/____/____)
<input type="checkbox"/> GARGO COMISSIONADO (____/____/____)	<input type="checkbox"/> APOSENTADO (RPPS) (____/____/____)
<input type="checkbox"/> CARGO ELETIVO (____/____/____)	<input type="checkbox"/> PENSIONISTA (RPPS) (____/____/____)

DEPENDENTES	PARENTESCO	NASCIMENTO	CPF	IRPF

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 Art. 299 do Código Penal**.

Jacareí, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Declarante
Rua Antônio Afonso, 513 -Centro- Jacareí-SP
Telefone: (12) 3954-3060- contato@ipmj.com.br