



RECADASTRAMENTO ANUAL APOSENTADOS E PENSIONISTAS DO IPMJ

NOME		
SITUAÇÃO: <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> PENSIONISTA		MATRÍCULA
ESTADO CIVIL		CEP
ENDEREÇO		
BAIRRO		CIDADE
ESTADO		CPF
RG	DATA DE EMISSÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR
TELEFONE		CELULAR
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