

ANEXO III – PENSIONISTAS

RECADASTRAMENTO OBRIGATÓRIO PENSIONISTAS DECRETO Nº			
DADOS CADASTRAIS			
NOME DO(A) PENSIONISTA:			
NOME DO SERVIDOR(A):			
Inválido: S/N ()		PROFISSÃO:	
ESTADO CIVIL:		SEXO:	DATA DE NASCIMENTO:
ENDEREÇO:			
BAIRRO:	CIDADE:	UF:	CEP:
TELEFONE:		CELULAR	
RG:	DATA DE EXPEDIÇÃO:	ORGÃO/UF	CPF
NIT			
TÍTULO ELEITORAL:	ZONA	SEÇÃO	UF
TELEFONE:		CELULAR	
BANCO:	AGÊNCIA:	CONTA CORRENTE:	
REPRESENTANTE LEGAL:			
RG:	DATA DE EXPEDIÇÃO	ORGÃO/UF	CPF:
TELEFONE	CELULAR	DADOS DA PROCURAÇÃO:	
Observações complementares:			

DECLARAÇÕES

1- Declaro, por fim, serem verdadeiras as informações constantes do presente documento, comprometendo-me a comunicar ao Fundo Previdenciário Municipal qualquer alteração ocorrida e apresentar documentos complementares solicitados, bem assim que tenho conhecimento de que constitui crime, previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro, "Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele deva constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante", com pena de "reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público".

QUERÊNCIA DO NORTE-PR., _____ DE _____ DE _____.

ASSINATURA DO PENSIONISTA OU REPRESENTANTE LEGAL

RESERVADO AO SERVIDOR QUE RECEPCIONOU O RECADASTRAMENTO

AUTENTICIDADE

DECLARO, SOB AS PENAS DA LEI, QUE O(A) SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL APOSENTADO(A) DISCRIMINADO(A) NESTE FORMULÁRIO ESTEVE EM MINHA PRESENÇA, NESTA DATA, APRESENTANDO O SEGUINTE DOCUMENTO:

Identidade nº _____ Órgão Exp. _____ UF _____

Nome: _____

Cargo: _____

Matrícula: _____

QUERÊNCIA DO NORTE-PR., _____ DE _____ DE _____.

Assinatura do(a) Servidor (a)

