



FUNDO DE PREVIDÊNCIA DO
FPMRA
MUNICÍPIO DE RIO AZUL - PR



Uso do Cadastro

Recebido em: ___/___/___

_____(_____)
Servidor(a) Matrícula

RECADASTRAMENTO DE PENSIONISTAS

DADOS PESSOAIS

Nome do (a) Pensionista:

Nome do Representante Legal (caso seja menor 18 anos):

Nome do Instituidor (a) da Pensão:

Identidade:

Órgão Emissor:

CPF :

Data Nascimento:

Sexo:

Estado Civil:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

UF:

CEP :

DDD/Telefone:

OBSERVAÇÕES:

- O não recadastramento no prazo estipulado poderá implicar na suspensão do pagamento dos benefícios, a contar do mês subsequente.

Declaro que informarei imediatamente ao Fundo de Previdência do Município de Rio Azul, caso ocorram alterações nas condições que ensejaram o deferimento do benefício junto a esta Corte.

Estou ciente de que o Fundo de Previdência do Município de Rio Azul poderá, a qualquer tempo, aferir e conferir a veracidade dessas informações, que, se não confirmadas, poderão ensejar o cancelamento do benefício e a devolução dos valores recebidos indevidamente.

Declaro, por fim, sob as penas previstas no art. 299 do Código Penal Brasileiro, serem verdadeiras as informações prestadas.

Local e Data

Assinatura