

ANEXO II

FORMULÁRIO RECADASTRAMENTO PENSIONISTA

NOME :	
RG:	CPF:
ENDEREÇO:	
BAIRRO:	
CIDADE:	ESTADO:
CEP:	
FONE:	FONE RECADO:
E-MAIL:	

Por ser verdade, firmo o presente documento.

Local e Data: _____

Nome

Caso formulário seja encaminhado ao IPREMED via correio, a assinatura deverá ser reconhecida em cartório somente por verdadeira/autenticidade.