

RECADASTRAMENTO ANUAL

Nome:		Data de Nasc.:	
Matrícula:	() Aposentado	() Pensionista	
Estado Civil:	Telefone/Celular:		
Endereço:			
Bairro e Cidade:	UF:	CEP:	
E-mail:			
Somente para aposentados: Possui cônjuge, companheiro, filho menor de 21 anos ou curatelado? () Sim () Não			
Nome:	Nasc.:	Parentesco:	CPF:
Nome:	Nasc.:	Parentesco:	CPF:
Nome:	Nasc.:	Parentesco:	CPF:
Autoriza o ITAPREVI a enviar comunicados oficiais por meios eletrônicos? () Sim () Não			
Possui acumulação de cargo público (efetivo ou não), aposentadoria ou pensão? () Sim () Não			
Em caso de sim, informar órgão e cargo:			

Declaro ter feito a PROVA DE VIDA ANUAL POR DISTÂNCIA junto ao ITAPREVI-ITAGUAÍ PREVIDÊNCIA como requisito para a continuidade de recebimento do benefício de aposentadoria/pensão pago por essa Autarquia.

Este formulário deverá ter reconhecimento de firma por autenticidade, em cartório de notas ou consulado brasileiro (para residentes no exterior), após deverá ser enviado sem rasuras, acompanhado de cópia de um documento de identificação ao Itaprevi, por meio dos Correios, para o endereço: Rua Amélia Louzada, 270 - Centro - Itaguaí/RJ CEP 23815-180.

_____, ____ / ____ / _____.
Local / Data

Assinatura