



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DOS
SERVIDORES PÚBLICOS DE VALPARAÍSO DE GOIÁS

DECLARAÇÃO RECADASTRAMENTO POR AUTENTICIDADE

Declaro que tenho conhecimento da obrigatoriedade de fazer o RECADASTRAMENTO ANUAL junto ao IPASVAL como requisito para continuidade de recebimento do benefício de aposentadoria e/ou pensão por morte pago pelo IPASVAL. Não tendo condições de comparecer pessoalmente no IPASVAL no período estabelecido, apresento a DECLARAÇÃO conforme informações abaixo:

OBS: Enviar juntamente com esta DECLARAÇÃO a cópia autenticada dos documentos citados no Art. 4º da Portaria 057/2021 do IPASVAL.

Nome Completo: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone para contato com DDD: _____

E-mail: _____

Local e data : _____

Assinatura

PARA CARTÓRIO: reconhecimento de firma somente POR AUTENTICIDADE