



## 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**