



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SANTANA DO LIVRAMENTO
SISTEMA DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL

SISPREM

RECADASTRAMENTO SISPREM – 2017

NOME DO SEGURADO: _____

Aposentado

Pensionista

ENDEREÇO: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ IDADE: _____

RG: _____ CPF.: _____

TELEFONE: _____

TELEFONE PARA RECADO: _____

E-MAIL: _____

Certifico que na data de ____/____/2017 estive na sede do SISPREM.

Assinatura do segurado: _____

Assinatura e carimbo do
servidor responsável
pelo cadastramento.

Revisão de cadastro em: ____/____/2017.

Assinatura e carimbo do
servidor responsável
pela revisão.

Rua Duque de Caxias, 1634 – Centro
Sant'Ana do Livramento – RS
CEP 97573-460 Fone: (055)3242-1966/3244-3564
www.sisprem.santanadolivramento.rs.gov.br