



**IPC - INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES
PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE CARIACICA**
CNPJ: 00.444.435/0001-25

REQUERIMENTO IPC

1. Identificação do (a) Requerente

Nome: _____

CPF: _____ Nº Identidade: _____ Data Nascimento: ____/____/____ Sexo: _____

Estado Civil: _____ Cargo: _____ Função: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Município: _____ CEP: _____ Telefone: _____

Celular: _____ E-mail: _____

2. Solicitação

Abono de Permanência ()

Imposto de Renda () Isenção de IRRF ()

Outros () Especificar:

Data: ____/____/____

Assinatura do a) requerente