



**AUTORIZAÇÃO DE
RETIRADA DE
DOCUMENTOS**

**Instituto de Previdência Social do Município de Angra dos Reis - ANGRAPREV
Diretoria de Recursos Humanos**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DE DOCUMENTOS

Eu,

CPF nº , Carteira de Identidade nº emitida pelo órgão,

autorizo o(a) Sr.(a)

CPF nº , Carteira de Identidade nº emitida pelo órgão,

a retirar o(s) documento(s) abaixo descrito(s), emitido(s) em meu nome pelo Instituto de Previdência Social do Município de Angra dos Reis, mediante a prévia identificação.

Descrição da(s) documentação(ões):

Angra dos Reis, _____ de _____ de _____.

Assinatura

Matrícula: