



**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: