



PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DO MUNICÍPIO DE PALMAS

DECLARAÇÃO

Eu, **OSMARINA SOBRINHO DA SILVA**, portador do RG. n° **928103 SSP-TO**, inscrito (a) no CPF. N° **184.880.642.68**, DECLARO para os devidos fins, que não possuo vínculo previdenciário antes do ingresso no cargo em que se der a aposentadoria por Invalidez.

Por ser verdade, firmo presente.

Palmas, 22 de agosto de 2017.

OSMARINA SOBRINHO DA SILVA
N° **184.880.642.68**