FORMULÁRIO DE RECENCEAMENTO PREVIDENCIÁRIO

Vínculo Funcional: [ ] Servidor ativo

Dados pessoais

Nome do servidor			
Nome da Mãe		Nome do Pai	
CPF	RG	NIT/PIS/PASEP	Data Nascimento
Escolaridade	Sexo [ ] M [ ] F	Pessoa portadora de Deficiência (PCD) [ ] Não [ ] Sim	
Tipo/Nome do Logradouro		Nº	Bairro
Complemento	Cidade/Estado		Cep
Telefone [ ]	Celular/Whats [ ]	E-mail - (obrigatório)	

[ ] Solteiro [ ] Casado [ ] Viúvo [ ] Divorciado [ ] Separado Legalmente

[ ] Casado, mas SEPARADO de FATO desde _____/_____/_____ Convive em União Estável? [ ] Sim [ ] Não

[ ] Possuo atualmente União Estável desde _____/_____/_____

Vínculo Funcional – Cargo Atual

Data de ingresso no serviço público municipal _____/_____/_____ Cargo: ……

Órgão:…… Matrícula nº …… Data de ingresso no cargo atual _____/_____/_____

Local de trabalho:…… Situação Funcional: [ ] Ativo [ ] Afastado p/ motivo……

Vínculo Funcional – Cargos Acumuláveis

Regime [ ] Outro RPPS [ ] INSS Cargo: ……

Órgão:…… Matrícula nº …… Data de ingresso _____/_____/_____

Local de trabalho:…… Situação Funcional: [ ] Ativo [ ] Afastado p/ motivo……

Acúmulo de Benefícios

[ ] DECLARO que **não recebo** benefício de aposentadoria ou pensão de quaisquer Regime de Previdência.

[ ] RECEBO outro benefício previdenciário.

Tipo de Benefício	Data Início / /	R$ atual	Mês/Ano /	Regime [ ] RPPS [ ] INSS

Dados dos Dependentes

Nome do dependente			
Nome da Mãe		Nome do Pai	
CPF	RG	NIT/PIS/PASEP	Data Nascimento

Tipo de dependência	Data Início da dependência	Motivo do início
[ ] Cônjuge [ ] Companheiro(a) [ ] Filho(a) [ ] Outros:……	/ /	[ ] Nascimento [ ] Casamento/União Estável [ ] Invalidez [ ] Outros:……

FORMULÁRIO DE RECENCEAMENTO PREVIDENCIÁRIO

Vínculo Funcional: [ ] Servidor ativo

Dados dos Dependentes

Nome do dependente			
Nome da Mãe		Nome do Pai	
CPF	RG	NIT/PIS/PASEP	Data Nascimento
Tipo de dependência [ ] Cônjuge [ ] Companheiro(a) [ ] Filho(a) [ ] Outros:.....	Data Início da dependência / /	Motivo do início [ ] Nascimento [ ] Casamento/União Estável [ ] Invalidez [ ] Outros:.....	

Dados dos Dependentes

Nome do dependente			
Nome da Mãe		Nome do Pai	
CPF	RG	NIT/PIS/PASEP	Data Nascimento
Tipo de dependência [ ] Cônjuge [ ] Companheiro(a) [ ] Filho(a) [ ] Outros:.....	Data Início da dependência / /	Motivo do início [ ] Nascimento [ ] Casamento/União Estável [ ] Invalidez [ ] Outros:.....	

Dados dos Dependentes

Nome do dependente			
Nome da Mãe		Nome do Pai	
CPF	RG	NIT/PIS/PASEP	Data Nascimento
Tipo de dependência [ ] Cônjuge [ ] Companheiro(a) [ ] Filho(a) [ ] Outros:.....	Data Início da dependência / /	Motivo do início [ ] Nascimento [ ] Casamento/União Estável [ ] Invalidez [ ] Outros:.....	

Termo de Responsabilidade

Declaro, sob as penas da Lei, serem verdadeiros todos os dados e informações apresentados neste formulário, assim como os documentos apresentados.

Declaro, ainda, estar ciente de que Declaração Falsa ou Omissão de qualquer informação constitui crime e pode implicar na sanção penal prevista no nos Arts. 171 e 299 do Código Penal.

De acordo com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) – Lei 13.853/2019, Art. 7º O tratamento de dados pessoais somente poderá ser realizado mediante o fornecimento de consentimento pelo titular;

Autorizo o Ipesmuc, se necessário, a efetuar o tratamento de dados, com vistas a implementação de base de dados do CNIS-RPPS e para a realização de avaliação atuarial anual.

____/____/____ _____ _____

Data Recenseador Assinatura do Servidor

FORMULÁRIO DE RECENCEAMENTO PREVIDENCIÁRIO

Vínculo Funcional: [ ] Servidor ativo

APRESENTAR JUNTO AO FORMULÁRIO OS **DOCUMENTOS ORIGINAIS**, CONFORME LISTA:

Os documentos serão **DIGITALIZADOS** no atendimento presencial, portanto, **NÃO É NECESSÁRIO TIRAR CÓPIAS.**

I - servidores ativos e seus dependentes:

a) documento oficial de identificação com foto, contendo RG e CPF;

b) comprovante de residência atualizado (conta de água, energia elétrica ou telefone), emitido nos últimos 03 (três) meses, ou declaração de residência quando não possuir nenhum comprovante em seu nome;

c) certidão de estado civil (**nascimento quando solteiro** e casamento quando casado, separado, divorciado ou viúvo), **emitida nos últimos 06 (seis) meses;**

d) se em união estável, Declaração de União Estável feita perante tabelião ou declaração de união estável conforme modelo fornecido;

e) cartão do PIS/PASEP/NIT;

f) certidão de Tempo de Contribuição **(CTC)** ou Extrato do Cadastro Nacional de Informações Previdenciárias **(CNIS)** do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e/ou de outro RPPS, **quando for o caso**, ou excepcionalmente a(s) Carteira(s) de Trabalho

g) se prestado serviço militar, certificado de reservista ou certidão de tempo de serviço emitida pelo Ministério da Defesa;

h) certidão de **estado civil dos dependentes** (nascimento quando solteiro e casamento quando casado, separado, divorciado ou viúvo); **ATUALIZADA para os ACIMA DE 15 ANOS;**

i) **documento oficial de identificação com foto**, contendo RG e CPF dos **dependentes;**

j) se pretender incluir como dependente enteado, pais ou irmãos, declaração de dependência econômica, conforme modelo fornecido;

k) termo de Tutela ou Curatela caso possua dependente nessa condição;

l) laudo de invalidez ou atestado com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), no caso de dependente inválido, emitido há menos de 03 (três) meses.

NOTA EXPLICATIVA

1- Se o segurado do Ipesmuc não conseguir comparecer ao local de realização do Censo Previdenciário, para efetuar o recenseamento, deverá:

a) Preencher completamente o formulário;

b) Assinar em todas as vias/páginas com o **reconhecimento de firma em cartório** de notas, **na FORMA PRESENCIAL;**

c) Juntar cópia de todos os documentos descritos acima;

d) Enviar pelo serviço de Correios, com a seguinte descrição no destinatário;

A/C Ipesmuc /Censo Previdenciário 2023

Prefeitura Municipal de Curitibanos, sito à rua Cel. Vidal Ramos, 860 – Centro, Curitibanos/SC, Cep: 89520-000.

FORMULÁRIO DE RECENCEAMENTO PREVIDENCIÁRIO

Formulário para Declaração de União Estável

Dados pessoais

Nome do servidor			
Nome da Mãe		Nome do Pai	
CPF	RG	NIT/PIS/PASEP	Data Nascimento
Escolaridade	Sexo [ ] M [ ] F	Pessoa portadora de Deficiência (PCD) [ ] Não [ ] Sim	
Tipo/Nome do Logradouro		Nº	Bairro
Complemento	Cidade/Estado		Cep
Telefone [ ]	Celular/Whats [ ]	E-mail - (obrigatório)	

Dados do Companheiro(a)

Nome do Companheiro(a)			
Nome da Mãe		Nome do Pai	
CPF	RG	NIT/PIS/PASEP	Data Nascimento
Escolaridade	Sexo [ ] M [ ] F	Pessoa portadora de Deficiência (PCD) [ ] Não [ ] Sim	
Telefone [ ]	Celular/Whats [ ]	E-mail - (obrigatório)	

DECLARAMOS, SOB AS PENAS DA LEI, QUE SOMOS COMPANHEIROS(AS), QUE POSSUÍMOS CONVIVÊNCIA PÚBLICA, CONTÍNUA, DURADOURA E COM OBJETIVO DE CONSTITUIÇÃO DE FAMÍLIA E QUE INEXISTEM OS IMPEDIMENTOS PREVISTOS NO ART. 1521 DO CÓDIGO CIVIL.

Declaro, sob as penas da Lei, serem verdadeiros todos os dados e informações apresentados neste formulário, assim como os documentos apresentados.

Declaro, ainda, estar ciente de que Declaração Falsa ou Omissão de qualquer informação constitui crime e pode implicar na sanção penal prevista no nos Arts. 171 e 299 do Código Penal.

Na cidade de _____, em _____/_____/_____.

_____

Assinatura do(a) segurado(a)

_____

Assinatura do(a) companheiro(a)

FORMULÁRIO DE RECENCEAMENTO PREVIDENCIÁRIO

Formulário para Declaração de Residência

Dados pessoais			
Nome do servidor			
Nome da Mãe		Nome do Pai	
CPF	RG	NIT/PIS/PASEP	Data Nascimento
Escolaridade	Sexo [ ] M [ ] F	Pessoa portadora de Deficiência (PCD) [ ] Não [ ] Sim	

DECLARO, SOB AS PENAS DA LEI, ART. 2º DA LEI FEDERAL Nº 7115/83, QUE SOU RESIDENTE E DOMICILIADO(A) NO ENDEREÇO DESCRITO A SEGUIR:

Tipo/Nome do Logradouro	Nº	Bairro
Complemento	Cidade/Estado	Cep

Declaro, sob as penas da Lei, serem verdadeiros todos os dados e informações apresentados neste formulário, assim como os documentos apresentados.

Declaro, ainda, estar ciente de que Declaração Falsa ou Omissão de qualquer informação constitui crime e pode implicar na sanção penal prevista no nos Arts. 171 e 299 do Código Penal.

Na cidade de _____, em _____/_____/_____.

_____

Assinatura do(a) segurado(a)