

## EDITAL n.º 002/2021/IPRESF

### EDITAL DE CONVOCAÇÃO DOS **SEGURADOS ATIVOS** DO IPRESF PARA REALIZAÇÃO DO **RECADASTRAMENTO ANUAL OBRIGATÓRIO – 2021**

O DIRETOR PRESIDENTE DA FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DOS SERVIDORES DE SÃO FRANCISCO DO SUL – IPRESF, no exercício das atribuições legais que lhe são conferidas pelo art. 85, alíneas, 'a' e 'o', da Lei Complementar Municipal n.º 72, de 10 de julho de 2015, **CONVOCA OS SEGURADOS ATIVOS DO IPRESF** para a realização de **RECADASTRAMENTO ANUAL OBRIGATÓRIO – 2021**, legalmente previsto no art. 18, da Lei Complementar Municipal n.º 72/2015, junto a este Regime Próprio de Previdência Social, de acordo com as disposições do presente instrumento.

#### I. DO CADASTRAMENTO ANUAL OBRIGATÓRIO

- a. Os **segurados ativos** do IPRESF, e seus dependentes, estão obrigados a promover a sua inscrição no Regime Próprio de Previdência Social, e **atualizar suas bases cadastrais, presencialmente**, mediante o preenchimento de **formulário específico – ANEXO II**, sob pena de retenção dos vencimentos, até que a providência seja tomada;
- b. O formulário (ANEXO II) também está disponível no site do IPRESF <www.ipresf.sc.gov.br>, e deverá ser preenchido de forma legível, com as informações atualizadas, acompanhadas de documentos atualizados que as comprovem, e assinado, para entrega no IPRESF;
- c. São segurados ativos do IPRESF: o servidor público, titular de cargo de provimento efetivo, dos órgãos dos Poderes Legislativo e Executivo, incluídas suas autarquias e fundações públicas;
- d. Fica excluído o servidor ocupante, exclusivamente, de cargo em comissão, declarado em lei de livre nomeação e exoneração, bem como de outro cargo temporário ou emprego público, ainda que aposentado;
- e. Os segurados **sem condição de locomoção**, ou que, em razão de moléstia grave, estiverem impossibilitados de efetuar o cadastramento obrigatório anual nos locais indicados neste instrumento convocatório, deverão entrar em contato com o IPRESF, através dos seguintes meios: (a) E-mail: <ipresf@ipresf.sc.gov.br>; (b) Whatsapp: (47) 3449-0384; (c) Telefone: (47) 3449-0384; até o dia **25 de outubro de 2021 (segunda-feira)**, para que, após a avaliação da justificativa apresentada e da documentação comprobatória, possa ser realizado o atendimento domiciliar ou através de Procurador legalmente constituído;
- f. O cadastramento será realizado pessoalmente ou através de Procurador legalmente constituído;
- g. O segurado ou seu representante legal responderá civil, penal e administrativamente pelas informações incorretas, incompletas, irregulares ou falsas, que prestar no ato do Cadastro;

- h. Ao realizar o recadastramento, o segurado receberá do IPRESF documento que a comprove, o que não impedirá, no entanto, a solicitação posterior de documentação faltante, após a análise do recadastramento apresentado;
- i. O recadastramento anual **é obrigatório, conforme previsão contida no art. 18, da Lei Complementar Municipal n.º 72/2015.**
- j. Em virtude da pandemia de Covid-19, serão observadas as determinações sanitárias estaduais e municipais vigentes, de acordo com a classificação de risco determinada pelas Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, observadas as seguintes recomendações:
- Recomenda-se aos segurados e aos seus representantes legais que compareçam aos locais indicados para a realização do recadastramento com o formulário totalmente preenchido e assinado (ANEXO II), a fim de reduzir o tempo de permanência e aglomerações nos ambientes, minimizando os riscos;**
  - Os segurados, seus representantes legais e os servidores que realizarem o atendimento, deverão usar máscaras descartáveis de TNT, tipo N-95/PFF2 ou tecido de algodão, seguindo as recomendações sanitárias vigentes;
  - As superfícies expostas dos locais serão higienizadas, antes e depois de cada atendimento, com álcool 70%, incluindo as mesas, maçanetas, interruptores, entre outros;
  - Será disponibilizado álcool 70% nos ambientes de atendimento;
  - Todos os ambientes deverão ser mantidos arejados, preferencialmente com ventilação natural, com as janelas e portas abertas;
  - Os segurados, seus representantes legais e os servidores que realizarem o atendimento, deverão manter distanciamento de 1,5m (um metro e cinquenta centímetros) entre si.

## II. DO FORMULÁRIO

- Os segurados e seus representantes legais poderão utilizar o formulário indicado no ANEXO II ou acessar e imprimir o formulário disponível no site do IPRESF <<http://www.ipresf.sc.gov.br>>, o qual deverá ser preenchido com as informações atualizadas, acompanhada da documentação exigida, conforme item IV, do presente Edital;
- Em caso de dúvidas no preenchimento, o segurado ou seu representante legal poderá procurar os locais indicados no ANEXO I, ou entrar em contato com o IPRESF, através dos seguintes canais de atendimento: (a) E-mail: <[ipresf@ipresf.sc.gov.br](mailto:ipresf@ipresf.sc.gov.br)>; (b) Whatsapp: (47) 3449-0384; (c) Telefone: (47) 3449-0384.

## III. DO PRAZO E DA REALIZAÇÃO DO RECADASTRAMENTO

- O recadastramento deverá ser realizado pelo segurado ou por seu representante legal até o dia **29 de outubro de 2021 (sexta-feira)**, sem necessidade de prévio agendamento para atendimento presencial;
- A entrega do formulário preenchido, acompanhado da documentação exigida, deverá ocorrer nos **locais indicados no ANEXO I, das 08h00 às 14h00;**
- Informações sobre o recadastramento e o preenchimento do formulário podem ser obtidas diretamente nos locais indicados no ANEXO I, ou através dos canais de atendimento do IPRESF: (a) E-mail: <[ipresf@ipresf.sc.gov.br](mailto:ipresf@ipresf.sc.gov.br)>; (b) Whatsapp: (47) 3449-0384; (c) Telefone: (47) 3449-0384.

#### IV. DA DOCUMENTAÇÃO A SER ENTREGUE

- a. O segurado ou seu representante legal deverá juntar cópia simples dos documentos indicados no formulário, que ainda não tenham sido apresentados ao IPRESF, e daqueles que, ainda que já tenham sido entregues nos recadastramentos anteriores, tenham sofrido modificações nos anos de 2019, 2020 ou 2021 (ex.: anotação de divórcio em certidão de casamento; comprovante de residência com seu novo endereço; etc.).

#### V. DA RETENÇÃO DO PAGAMENTO

- a. Conforme previsão legal contida no **art. 18, §2º, da Lei Complementar Municipal n.º 72, de 10 de julho de 2015**, os segurados ativos que não realizarem o recadastramento anual obrigatório, até o dia 29 de outubro de 2021 (sexta-feira), **poderão sofrer retenção de seus vencimentos, até que a providência seja tomada;**
- b. Não haverá pagamento de juros ou correção monetária dos vencimentos entre a data que forem retidos e a liberação, após a tomada da providência pelo segurado;
- c. Após ser tomada a providência, o IPRESF comunicará, no prazo de 24 horas, o setor de Recursos Humanos do órgão/entidade ao qual o segurado estiver vinculado, solicitando que o pagamento retido seja liberado, no prazo de até 5 (cinco) dias úteis.

#### VI. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

- a. Fica eleito o foro da Comarca de São Francisco do Sul/SC para dirimir quaisquer dúvidas a respeito da presente convocação, com prévia renúncia de qualquer outro;
- b. Ao realizar o recadastramento obrigatório anual, o segurado e o seu representante legal, autorizam, expressamente, o IPRESF e terceiros eventualmente contratados, a utilizarem seus dados para a realização de estudos atuariais, previdenciários, e preenchimento de sistemas eletrônicos de atendimento ao segurado, contratados pela Fundação Instituto de Previdência Social dos Servidores de São Francisco do Sul, nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados;
- c. Os casos omissos serão resolvidos pela Fundação Instituto de Previdência Social dos Servidores de São Francisco do Sul – IPRESF, através do Diretor Presidente, com observância das disposições contidas na Lei Complementar Municipal n.º 72/2015.

São Francisco do Sul/SC, 14 de outubro de 2021.

IDELSON ALVES PORTO  
Diretor Presidente do IPRESF

## ANEXO I – LOCAIS DE RECADASTRAMENTO

### 1. IPRESF

**DATA:** 14 a 29 de outubro.

**HORÁRIO:** 08h00 às 14h00.

**ENDEREÇO:** Shopping São Francisco – Rua Barão do Rio Branco, n.º 377, Sala 303, 3º andar – Centro.

**ORIENTAÇÕES GERAIS:**

- (1) Sem necessidade de agendamento prévio.
- (2) A fim de facilitar o atendimento e evitar deslocamentos desnecessários, todos os servidores que exercerem suas atividades próximo a este ponto de coleta de documentos, poderão realizar o seu recadastramento neste local, **independentemente da Secretaria à qual estiverem vinculados.**

### 2. PREFEITURA – GESTÃO DE PESSOAS

**DATA:** 14 a 29 de outubro.

**HORÁRIO:** 08h00 às 14h00.

**ENDEREÇO:** Praça Dr. Getúlio Vargas, n.º 01 – Centro Histórico.

**ORIENTAÇÕES GERAIS:**

- (1) A entrega da documentação ocorrerá na **Recepção do Departamento de Gestão de Pessoas**, na Prefeitura Municipal de São Francisco do Sul.
- (2) A fim de facilitar o atendimento e evitar deslocamentos desnecessários, todos os servidores que exercerem suas atividades próximo a este ponto de coleta de documentos, poderão realizar o seu recadastramento neste local, **independentemente da Secretaria à qual estiverem vinculados.**
- (3) Sem necessidade de agendamento prévio.

### 3. DIRETORIA DOS BALNEÁRIOS

**DATA:** 14 a 29 de outubro.

**HORÁRIO:** 07h00 às 12h30.

**ENDEREÇO:** Rua Willy Wiest (antiga Rua Bogotá), n.º 710 – Ubatuba.

**ORIENTAÇÕES GERAIS:**

- (1) A entrega da documentação ocorrerá no **Setor Administrativo da Diretoria dos Balneários.**
- (2) A fim de facilitar o atendimento e evitar deslocamentos desnecessários, todos os servidores que exercerem suas atividades próximo a este ponto de coleta de documentos, poderão realizar o seu recadastramento neste local, **independentemente da Secretaria à qual estiverem vinculados.**
- (3) Sem necessidade de agendamento prévio.

#### 4. MULTIUSO

**DATA:** 14 a 29 de outubro.

**HORÁRIO:** 08h00 às 14h00.

**ENDEREÇO:** MULTIUSO – Rua Barão do Rio Branco, n.º 217 – Centro.

**ORIENTAÇÕES GERAIS:**

- (1) A entrega da documentação ocorrerá no **Setor Administrativo da Secretaria de Atendimento ao Cidadão**.
- (2) A fim de facilitar o atendimento e evitar deslocamentos desnecessários, todos os servidores que exercerem suas atividades próximo a este ponto de coleta de documentos, poderão realizar o seu cadastramento neste local, **independentemente da Secretaria à qual estiverem vinculados**.
- (3) Sem necessidade de agendamento prévio.

#### 5. SECRETARIA DE OBRAS

**DATA:** 14 a 29 de outubro.

**HORÁRIO:** 07h00 às 12h30.

**ENDEREÇO:** Setor Administrativo – Rua Dom Fernando Trejo y Sanabria, n.º 257 – São José do Acaará.

**ORIENTAÇÕES GERAIS:**

- (1) Os **servidores vinculados a esta Secretaria** poderão realizar a entrega da documentação no **Setor Administrativo da Secretaria de Obras**, e aos gestores da **Intendência do Ervino** e da **Intendência do Distrito do Saí**;
- (2) Os gestores das Intendências do Ervino e do Distrito do Saí, após a coleta de todos os documentos dos segurados daqueles órgãos, ficarão responsáveis pela entrega desta documentação no Setor Administrativo da Secretaria de Obras, observado o prazo estabelecido no Edital.
- (3) Sem necessidade de agendamento prévio.

#### 6. SECRETARIA DE SAÚDE

**DATA:** 14 a 29 de outubro.

**HORÁRIO:** 08h00 às 14h00 (Setor Administrativo).

**ENDEREÇO:** PREMIR – Rua Manoel Antônio Bueno, n.º 387 – Rocio Grande.

**ORIENTAÇÕES GERAIS:**

- (1) Os **servidores vinculados a esta Secretaria** poderão realizar a entrega da documentação no **Setor Administrativo da Secretaria de Saúde (PREMIR)** e aos gestores dos **ESF's**;
- (2) Os gestores dos ESF's, após a coleta de todos os documentos dos segurados daquelas unidades de saúde, ficarão responsáveis pela entrega desta documentação no Setor Administrativo da Secretaria de Saúde, observado o prazo estabelecido no Edital.
- (3) Sem necessidade de agendamento prévio.

## 7. SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

**DATA:** 14 a 29 de outubro.

**HORÁRIO:** 08h00 às 14h00 (Setor Administrativo).

**ENDEREÇO:** MULTIUSO – Rua Barão do Rio Branco, n.º 217 – Centro.

**ORIENTAÇÕES GERAIS:**

- (1) Os **servidores vinculados a esta Secretaria** poderão realizar a entrega da documentação no **Setor Administrativo da Secretaria de Educação (MULTIUSO)** e aos gestores (Diretores/Coordenadores) das **Escolas e CMEI's**;
- (2) Os gestores das Escolas e CMEI's, após a coleta de todos os documentos dos segurados daquelas unidades, ficarão responsáveis pela entrega desta documentação no Setor Administrativo da Secretaria de Educação, observado o prazo estabelecido no Edital.
- (3) Sem necessidade de agendamento prévio.

## 8. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

**DATA:** 14 a 29 de outubro.

**HORÁRIO:** 08h00 às 14h00 (Setor Administrativo).

**ENDEREÇO:** Rua Coronel Oliveira, n.º 274 – Centro.

**ORIENTAÇÕES GERAIS:**

- (1) Os **servidores vinculados a esta Secretaria** poderão realizar a entrega da documentação no **Setor Administrativo da Secretaria de Assistência Social** e aos gestores dos órgãos vinculados a esta Secretaria – **CRAS, CREAS, CIS, Casa Abrigo, Conselho Tutelar, CAPS e CAEPS**;
- (2) Os gestores dos órgãos vinculados a esta Secretaria, após a coleta de todos os documentos dos segurados daquelas unidades, ficarão responsáveis pela entrega desta documentação no Setor Administrativo da Secretaria de Assistência Social, observado o prazo estabelecido no Edital.
- (3) Sem necessidade de agendamento prévio.

## ANEXO II – FORMULÁRIO 1/3



### FORMULÁRIO CADASTRAL PREVIDENCIÁRIO

 I -  INSCRIÇÃO INICIAL  RECADASTRAMENTO ANUAL

**IMPORTANTE! (1)** O cadastramento previdenciário e sua atualização anual são obrigatórios, sob pena de aplicação das sanções previstas na Lei Complementar Municipal n. 72/2015. **(2)** Este formulário deve ser entregue preenchido e assinado pelo servidor titular de cargo efetivo ativo, aposentado ou pensionista do IPRESF, na forma indicada. **(3)** O preenchimento deve ser em LETRAS MAIÚSCULAS/FORMA e legíveis, com informações completas, sem abreviaturas e/ou rasuras. **(4)** Todas as informações prestadas deverão ser comprovadas por cópias autenticadas ou cópias simples acompanhadas dos originais, ocasião em que serão autenticadas pelo servidor para recebê-las. **(5)** O declarante é responsável pela veracidade das informações prestadas, ficando sujeito às sanções administrativas e penais cabíveis, em caso de incorreção ou falsidade. **(6)** Em caso de dúvidas no preenchimento, entre em contato com o IPRESF, através do telefone (47) 3449-0384, ou com o setor de Recursos Humanos do órgão ao qual estiver vinculado.

#### DADOS DO SEGURADO(A) ou APOSENTADO(A) ou PENSIONISTA

1. NOME COMPLETO		2. MATRÍCULA	
3. CARGO EFETIVO OCUPADO		4. LOTAÇÃO	
		5. SEXO [ ] M [ ] F	
6. DATA DE ADMISSÃO NO CARGO EFETIVO __/__/__	7. PORTARIA DE NOMEAÇÃO		8. DATA DA PORTARIA DE NOMEAÇÃO __/__/__
9. SITUAÇÃO DO SEGURADO OU BENEFICIÁRIO [ ] Servidor Ativo [ ] Aposentado [ ] Pensionista		10. DATA DE NASCIMENTO __/__/__	
11. NACIONALIDADE		12. NATURALIDADE (CIDADE/UF)	
13. PIS/PASEP/NIT			
14. RG	15. EMISSÃO (RG) __/__/__	16. ÓRGÃO EMISSOR (RG)	17. UF (RG)
18. CPF			
19. CTPS N.	20. EXPEDIÇÃO (CTPS) __/__/__	21. SÉRIE (CTPS)	22. TÍTULO DE ELEITOR N.
23. ESCOLARIDADE		24. TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO NÃO CONCOMITANTE EM OUTRO REGIME PREVIDENCIÁRIO, ANTERIOR A 10 DE JULHO DE 2015: _____	
25. ESTADO CIVIL [ ] Solteiro(a) [ ] Casado(a) [ ] Divorciado(a) [ ] Separado(a) [ ] Viúvo(a) [ ] União Estável			
26. ENDEREÇO RESIDENCIAL COMPLETO		27. NÚMERO	28. COMPLEMENTO
29. BAIRRO	30. MUNICÍPIO	31. ESTADO (UF)	32. CEP
33. TELEFONE		34. CELULAR	35. E-MAIL
36. NOME DO PAI		37. NOME DA MÃE	

[ ] Não exerço nenhum outro cargo, emprego ou função pública na Administração Direta, Autarquia, Empresa Pública, Sociedade de Economia Mista ou Fundação nas esferas Federal, Estadual ou Municipal.

[ ] Acumulo/exerço outro cargo/emprego público de \_\_\_\_\_ com carga horária de \_\_\_\_\_ horas/semanais, na esfera ( ) Federal ( ) Estadual ( ) Municipal, lotado no(a) \_\_\_\_\_, com ingresso em \_\_/\_\_/\_\_.

São Francisco do Sul/SC, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

Assinatura do Declarante: \_\_\_\_\_.

Recebido pelo IPRESF em \_\_/\_\_/\_\_, por \_\_\_\_\_.

## ANEXO II – FORMULÁRIO 2/3



### FORMULÁRIO CADASTRAL PREVIDENCIÁRIO

#### II - INSCRIÇÃO OU RECADASTRAMENTO DOS DEPENDENTES

DADOS DO(S) DEPENDENTES(S)				
<b>LEGENDA PARA IDENTIFICAÇÃO DO DEPENDENTE:</b> (1) Cônjuge; divorciado ou separado, com percepção de pensão alimentícia; (2) Companheiro em união estável; (3) Filho menor de 21 anos; (4) Filho inválido; (5) Filho com deficiência intelectual ou mental; (6) Mãe/pai com dependência econômica; (7) Irmão com dependência econômica, menor de 21 anos; (8) Irmão com dependência econômica, inválido; (9) Irmão com dependência econômica, com deficiência intelectual ou mental; (10) Enteado ou menor tutelado.				
1. NOME COMPLETO DO DEPENDENTE			2. SEXO [ ] M [ ] F	
3. RG	4. EMISSÃO (RG) __/__/__	5. ÓRGÃO EMISSOR (RG)	6. UF (RG)	7. CPF
8. ESCOLARIDADE		9. DEPENDENTE ECONOMICAMENTE [ ] Sim [ ] Não		10. TIPO DE DEPENDÊNCIA (LEGENDA ACIMA) _____
11. NOME DO PAI			12. NOME DA MÃE	
13. NACIONALIDADE		14. NATURALIDADE (CIDADE/UF)		15. DATA DE NASCIMENTO __/__/__
16. ESTADO CIVIL [ ] Solteiro(a) [ ] Casado(a) [ ] Divorciado(a) [ ] Separado(a) [ ] Viúvo(a) [ ] União Estável				17. PIS/PASEP/NIT
18. ENDEREÇO RESIDENCIAL COMPLETO			19. NÚMERO	20. COMPLEMENTO
21. BAIRRO		22. MUNICÍPIO		23. ESTADO (UF)
				24. CEP
25. TELEFONE		26. CELULAR		27. E-MAIL
<hr/>				
1. NOME COMPLETO DO DEPENDENTE			2. SEXO [ ] M [ ] F	
3. RG	4. EMISSÃO (RG) __/__/__	5. ÓRGÃO EMISSOR (RG)	6. UF (RG)	7. CPF
8. ESCOLARIDADE		9. DEPENDENTE ECONOMICAMENTE [ ] Sim [ ] Não		10. TIPO DE DEPENDÊNCIA (LEGENDA ACIMA) _____
11. NOME DO PAI			12. NOME DA MÃE	
13. NACIONALIDADE		14. NATURALIDADE (CIDADE/UF)		15. DATA DE NASCIMENTO __/__/__
16. ESTADO CIVIL [ ] Solteiro(a) [ ] Casado(a) [ ] Divorciado(a) [ ] Separado(a) [ ] Viúvo(a) [ ] União Estável				17. PIS/PASEP/NIT
18. ENDEREÇO RESIDENCIAL COMPLETO			19. NÚMERO	20. COMPLEMENTO
21. BAIRRO		22. MUNICÍPIO		23. ESTADO (UF)
				24. CEP
25. TELEFONE		26. CELULAR		27. E-MAIL
<hr/>				
São Francisco do Sul/SC, ____ de _____ de 20____.				
Assinatura do Declarante: _____.				
Recebido pelo IPRESF em ____/____/____, por _____.				



**ANEXO II – FORMULÁRIO 3/3****FORMULÁRIO CADASTRAL PREVIDENCIÁRIO****III - RELAÇÃO DOS DOCUMENTOS ENTREGUES**

<b>DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE</b>
<b>SERVIDOR ou APOSENTADO ou PENSIONISTA</b> <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CNH <input type="checkbox"/> CARTEIRA DE TRABALHO <input type="checkbox"/> PASEP/PIS/NIT <input type="checkbox"/> CARTEIRA DE REGISTRO PROFISSIONAL <input type="checkbox"/> PORTARIA DE NOMEAÇÃO <input type="checkbox"/> TERMO DE POSSE <input type="checkbox"/> CADASTRO NO E-SOCIAL (OBRIGATÓRIO) <input type="checkbox"/> COMPROVANTE OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA ATUALIZADO(A) (ÚLTIMO MÊS) <input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE NASCIMENTO ATUALIZADA (ÚLTIMO MÊS) <input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE CASAMENTO ATUALIZADA (ÚLTIMO MÊS) <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL ATUALIZADA (ÚLTIMO MÊS) <input type="checkbox"/> EXTRATO DO CADASTRO NACIONAL DE INFORMAÇÕES PREVIDENCIÁRIAS - CNIS <input type="checkbox"/> CARNÊ DE PAGAMENTO – GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS <input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO – PROIBIR ANEXAR A ORIGINAL <input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE ÓBITO DO INSTITUIDOR DA PENSÃO <input type="checkbox"/> OUTROS: _____ _____
<b>DEPENDENTES</b> <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CNH <input type="checkbox"/> CARTEIRA DE TRABALHO <input type="checkbox"/> PASEP/PIS/NIT <input type="checkbox"/> CARTEIRA DE REGISTRO PROFISSIONAL <input type="checkbox"/> COMPROVANTE OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA ATUALIZADO(A) (ÚLTIMO MÊS) <input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE NASCIMENTO ATUALIZADA (ÚLTIMO MÊS) <input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE CASAMENTO ATUALIZADA (ÚLTIMO MÊS) <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL ATUALIZADA (ÚLTIMO MÊS) <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE DEPENDÊNCIA ECONÔMICA <input type="checkbox"/> TERMO DE TUTELA OU CURATELA <input type="checkbox"/> LAUDO DE INVALIDEZ OU ATESTADO COM CID <input type="checkbox"/> OUTROS: _____ _____
Declaro, sob as penas da lei, que as informações prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade. Comprometo-me a renovar tais informações sempre que houver alterações e/ou na data do aniversário, sob pena de aplicação das penalidades previstas na Lei Complementar Municipal n. 72/2015. Declaro que as vias originais dos documentos apresentados foram devolvidos pelo responsável do IPRESF pelo recebimento.
São Francisco do Sul/SC, ____ de _____ de 20____.
Assinatura do Declarante: _____
Recebido pelo IPRESF em ____/____/____, por _____.

**COMPROVANTE DE ENTREGA**

O IPRESF declara que o servidor \_\_\_\_\_ realizou seu  
( ) *cadastro inicial* ou ( ) *recadastramento anual* no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. As informações serão analisadas  
pelo IPRESF e, em caso de necessidade, poderão ser solicitados documentos adicionais ao servidor.

Servidor do IPRESF: \_\_\_\_\_ Emitido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.