

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 _____.

DADOS DO(S) DEPENDENTES(S)

LEGENDA PARA IDENTIFICAÇÃO DO DEPENDENTE: (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	

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	

São Francisco do Sul/SC, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do Declarante: _____.

Recebido pelo IPRESF em ____/____/_____, por _____.

DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

SERVIDOR ou APOSENTADO ou PENSIONISTA

- RG CPF CNH CARTEIRA DE TRABALHO PASEP/PIS/NIT
 CARTEIRA DE REGISTRO PROFISSIONAL
 PORTARIA DE NOMEAÇÃO TERMO DE POSSE
 CADASTRO NO E-SOCIAL (OBRIGATÓRIO)
 COMPROVANTE OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA ATUALIZADO(A) (ÚLTIMO MÊS)
 CERTIDÃO DE NASCIMENTO ATUALIZADA (ÚLTIMO MÊS)
 CERTIDÃO DE CASAMENTO ATUALIZADA (ÚLTIMO MÊS)
 DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL ATUALIZADA (ÚLTIMO MÊS)
 EXTRATO DO CADASTRO NACIONAL DE INFORMAÇÕES PREVIDENCIÁRIAS - CNIS
 CARNÊ DE PAGAMENTO – GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS
 CERTIDÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO – PROIBIR ANEXAR A ORIGINAL
 CERTIDÃO DE ÓBITO DO INSTITUIDOR DA PENSÃO
 OUTROS: _____

DEPENDENTES

- RG CPF CNH CARTEIRA DE TRABALHO PASEP/PIS/NIT
 CARTEIRA DE REGISTRO PROFISSIONAL
 COMPROVANTE OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA ATUALIZADO(A) (ÚLTIMO MÊS)
 CERTIDÃO DE NASCIMENTO ATUALIZADA (ÚLTIMO MÊS)
 CERTIDÃO DE CASAMENTO ATUALIZADA (ÚLTIMO MÊS)
 DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL ATUALIZADA (ÚLTIMO MÊS)
 DECLARAÇÃO DE DEPENDÊNCIA ECONÔMICA
 TERMO DE TUTELA OU CURATELA
 LAUDO DE INVALIDEZ OU ATESTADO COM CID
 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 ____/____/____.