



FORMULÁRIO RECADASTRAMENTO E RECENSEAMENTO PREVIDENCIÁRIO – ANEXO I

DADOS PESSOAIS SERVIDOR	Nome					
	Nome da mãe (não abreviar)			Nome do pai		
	Estado Civil () Solteiro () Casado () Viúvo () Separado Legalmente () Divorciado () Casado, mas separado de fato desde: ___/___/___ (Caso possua cônjuge ou companheiro preencher os dados na área de dependentes)		Convive ou já conviveu em união estável? () SIM () NÃO	Dados da união estável: () Possui atualmente união estável desde ___/___/___ () Não possui atualmente união estável, a mesma ocorreu no período de ___/___/___ a ___/___/___		
	Data de nascimento do servidor ___/___/___			Data de ingresso no Serviço Público Municipal ___/___/___		
	Nacionalidade () Brasileira () Outra		UF Naturalidade	Naturalidade (nome da cidade)		
	Escolaridade atual:		Sexo () M () F	Pessoa com Deficiência (PcD)? () SIM () NÃO		
CPF	RG	Órgão Expedidor	Data da Emissão RG	UF RG	PASEP / PIS / NIT	

ENDEREÇO CONTATO	Tipo logradouro (rua, avenida etc)	Nome do Logradouro		Nº	UF Logradouro	Cidade
	Bairro		CEP	Complemento (Apartamento, bloco, etc)		
	Telefone DDD ()		Celular DDD ()	E-MAIL (obrigatório)		

VINCULOS FUNCIONAIS	Vínculo Funcional 1º (Cargo efetivo atual)					
	Cargo		Matrícula	Órgão, Autarquia, Fundação:		Data Exercício do Cargo
	Local de Trabalho (nome da escola, setor, unidade, etc)				Situação Funcional: () Ativo () Afastado pelo motivo:	
Vínculo Funcional 2º (Preencher no caso de Cargos Públicos Acumuláveis)						
Regime Outro RPPS () INSS ()		Matrícula	Órgão		Data Exercício do Cargo	
Cargo				Situação Funcional: () Ativo () Afastado pelo motivo:		

ACUMULO BENEFÍCIOS	() Não recebo aposentadoria ou pensão de quaisquer Regimes de Previdência.				
	() Recebo Benefício Previdenciário (Caso receba Aposentadoria/Pensão).				
	Tipo de Benefício	Data Início do Benefício	Última Remuneração Bruta	Mês/Ano	Órgão () INSS () Outro:

DEPENDENTES PREVIDENCIÁRIOS	Dependente 1º				
	Nome				
	Data de nascimento	Sexo: () M () F	Nome da mãe		
	Nome do pai		CPF	PASEP / PIS / NIT	RG
	Tipo de Dependência: () Cônjuge () Companheiro(a) () Filho(a) () Outro:		Data de Início da Dependência:		Motivo de Início: () Nascimento () Casamento () Invalidez () Outro:
	Dependente 2º				
	Nome				
	Data de nascimento	Sexo: () M () F	Nome da mãe		
Nome do pai		CPF	PASEP / PIS / NIT	RG	
Tipo de Dependência: () Cônjuge () Companheiro(a) () Filho(a) () Outro:		Data de Início da Dependência:		Motivo de Início: () Nascimento () Casamento () Invalidez () Outro:	

Data

Assinatura Recenseador

Assinatura Servidor

Continua no verso.



FORMULÁRIO RECADASTRAMENTO E RECENSEAMENTO PREVIDENCIÁRIO – ANEXO I

ANEXAR A ESTE FORMULÁRIO AS SEGUINTEs CÓPIAS LEGÍVEIS (PREENCHIMENTO PELO RECENSEADOR):

- () Formulário Cadastral Preenchido e assinado
- () Registro Geral – RG
- () Cópia Comprovante de Residência (atualizado, até 3 meses)
- () Cópia de Certidão de estado civil do servidor e dependentes (nascimento, casamento, união estável, averbações)
- () Comprovante do nº do PIS/PASEP (caso não esteja na Carteira de Trabalho)
- () Cópia do Registro Profissional (para os cargos exigidos)
- () Cópia do documento de quitação Militar ou Reservista (para masculinos)
- () Cópia da(s) Carteira(s) de Trabalho (páginas de identificação, datas dos contratos e anotações)
- () Cópia CNIS para dos períodos vinculados ao INSS.
- () Cópia do comprovante de Escolaridade (todos que possuir, especialmente o vigente na data de ingresso por concurso público do seu cargo atual)
- () Comprovante de quitação eleitoral
- () Cópia CNH (para os cargos exigidos e opcional para os demais)
- () Cópia do RG e CPF dos dependentes (cônjuge, companheiro(a), filhos menores de 21 anos e equiparados, nos termos do artigo 13, da Lei 1718/2006.

PRAZO PARA APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS JUNTO À UNIDADE DE TRABALHO: em até 30 dias a partir da vigência deste Decreto.

OUTRAS INFORMAÇÕES PERTINENTES:

EFETIVAÇÃO DO RECADASTRAMENTO:

- () Recadastramento Total
- () Recadastramento Parcial (somente para os documentos autorizados)

OBSERVAÇÕES SOBRE DOCUMENTAÇÃO:

DECLARAÇÃO:

Declaro sob as penas da Lei que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade. Declaro ainda ter ciência do dever de informar imediatamente e por escrito qualquer modificação das informações e da condição pessoal superveniente, sobre meu estado civil, incluindo o estabelecimento de união estável, acúmulo de remuneração, benefício previdenciário, sob pena de medidas legais e penais cabíveis, inclusive o crime de falsidade previsto no art. 299 do Código Penal, que prevê pena de 1 a 5 anos quando alguém em documento público: “Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante”.

Data: ____/____/____

Assinatura Servidor (declarante)

Assinatura Recenseador



**COMPROVANTE DE RECADASTRAMENTO E RECENSEAMENTO
PREVIDENCIÁRIO – IPRESBS 2022**

Recadastramento Total () Recadastramento Parcial ()

Nome: _____

Observações: _____

São Bento do Sul, ____/____/2022

Assinatura do(a) Servidor(a)

Assinatura do Recensador
