

CENSO PREVIDENCIÁRIO MUNICIPAL - PRUDENPREV

NOME: _____

CADASTRO: _____

DADOS PESSOAIS

Estado civil: [_____]

C.P.F.: [_____] PIS/PASEP: [_____]

RG: [_____] Data de Emissão: [_____] Órgão expedidor: [_____] UF: [_____]

Carteira Profissional: [_____] Série: [_____] Data de Emissão: [_____] UF: [_____]

Título de Eleitor: [_____] Zona Eleitoral: [_____]

Seção Eleitoral: [_____] UF Emissão Título Eleitor: [_____]

Nome Mãe: [_____]

Nome Pai: [_____]

Grau de Instrução: [_____] Especialidade: [_____]

Registro de Identificação Civil (Facultativo): [_____]

Órgão expedidor: [_____] Data de Emissão: [_____]

Registro em Órgão de Classe (Facultativo): [_____] Órgão expedidor: [_____]

Data de Emissão: [_____] Data de Validade: [_____]

Carteira Nacional de Habilitação (Obrigatório para Motoristas): [_____]

Órgão expedidor: [_____] Data de Emissão: [_____] Data de Validade: [_____]

Data da 1ª Habilitação: [_____] Categoria da CNH: [_____]

Preenche cota de Pessoas com Deficiência: () Sim () Não Tipo de Deficiência: _____

DEPENDENTES

Tipo de Dependência ou Parentesco: [_____]

Nome: [_____] Data de Nascimento: [_____]

CPF do Dependente (Obrigatório para maiores de 14 anos): [_____]

Dep IRRF: () Sim [anexar cópia da Declaração de IR] () Não Percebe Salário Família : () Sim () Não

Dependente em Plano de Saúde: () Sim () Não

Incapacidade Física ou Mental para o trabalho: () Sim () Não

DEPENDENTES

Tipo de Dependência ou Parentesco: [_____]

Nome: [_____] Data de Nascimento: [_____]

CPF do Dependente (Obrigatório para maiores de 14 anos): [_____]

Dep IRRF: () Sim [anexar cópia da Declaração de IR] () Não Percebe Salário Família : () Sim () Não

Dependente em Plano de Saúde: () Sim () Não

Incapacidade Física ou Mental para o trabalho: () Sim () Não

DEPENDENTES

Tipo de Dependência ou Parentesco: [_____]

Nome: [_____] Data de Nascimento: [_____]

CPF do Dependente (Obrigatório para maiores de 14 anos): [_____]

Dep IRRF: () Sim [anexar cópia da Declaração de IR] () Não Percebe Salário Família : () Sim () Não

Dependente em Plano de Saúde: () Sim () Não

Incapacidade Física ou Mental para o trabalho: () Sim () Não

DEPENDENTES

Tipo de Dependência ou Parentesco: [_____]

Nome: [_____] Data de Nascimento: [_____]

CPF do Dependente (Obrigatório para maiores de 14 anos): [_____]

Dep IRRF: () Sim [anexar cópia da Declaração de IR] () Não Percebe Salário Família : () Sim () Não

Dependente em Plano de Saúde: () Sim () Não

Incapacidade Física ou Mental para o trabalho: () Sim () Não

EMPREGOS ANTERIORES COM REGISTRO EM CARTEIRA DE TRABALHO / CONTRIBUINTE INDIVIDUAL

1ª Empresa/Contribuinte Individual [_____]

Data do Início [_____] Data do Término [_____]

2ª Empresa/Contribuinte Individual [_____]

Data do Início [_____] Data do Término [_____]

3ª Empresa/Contribuinte Individual [_____]

Data do Início [_____] Data do Término [_____]

4ª Empresa/Contribuinte Individual [_____]

Data do Início [_____] Data do Término [_____]

DADOS ENDEREÇO

Logradouro (AV, RUA, TRAV, ALAMEDA...): [_____]

Número: [_____] Complemento: [_____]

CEP: [_____ - _____] Bairro: [_____]

Município: [_____]

DDD: [_____] Telef. Res/Contato: [_____] Telef. Celular: [_____]

Email: [_____]

DECLARO, SOB AS PENAS DA LEI, QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO VERDADEIRAS E ME COMPROMETO A FORNECER A DOCUMENTAÇÃO CORRESPONDENTE, CASO SOLICITADO. DECLARO, AINDA, QUE QUALQUER ALTERAÇÃO DESSAS INFORMAÇÕES SERÁ COMUNICADA IMEDIATAMENTE AO DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS E SERVIÇO DE PESSOAL.

CPF nº

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

- 1) FAVOR NÃO RASURAR O FORMULÁRIO
- 2) ANEXAR DOCUMENTOS DESCRITOS NO ANEXO I, CONFORME O CASO (Se ativo, aposentado ou pensionista)
- 3) APÓS O RECADASTRAMENTO, O SERVIDOR DEVERÁ MANTER SEUS DADOS ATUALIZADOS, COMUNICANDO IMEDIATAMENTE QUALQUER ALTERAÇÃO, MEDIANTE O PREENCHIMENTO APENAS DOS CAMPOS A SEREM ALTERADOS.

ANEXO I – DOCUMENTOS OBRIGATORIOS (CÓPIAS)

I – Para o Censo dos Servidores ativos:

Obrigatórios

- a) Documento de identificação com foto (Carteira de Identidade ou Carteira de Habilitação ou Carteira Profissional com validade em todo o território nacional e emitida por órgão de regulamentação profissional)
- b) CPF;
- c) Comprovante de residência (conta de água, luz ou telefone – de um dos últimos 3 meses), ou na falta deste uma declaração de residência;
- d) Certidão de nascimento dos dependentes menores de 21 anos ou inválidos;.
- e) PASEP/PIS/NIT
- f) CPF dos dependentes a partir de 14 anos
- g) Título de eleitor ou último comprovante de votação;
- h) Certidão de casamento;
- i) cópia da CTPS para os servidores que ainda não solicitaram a computação de tempo contributivo;

II – Para o Censo dos pensionistas:

Obrigatórios

- a) Documento de identificação com foto (Carteira de identidade ou Carteira de Habilitação ou Carteira Profissional com validade em todo o território nacional e emitida por órgão de regulamentação profissional);
- b) CPF;
- c) Comprovante de residência (conta de água, luz ou telefone – de um dos últimos 3 meses) ou na falta deste, declaração de residência;
- d) Certidão de casamento e/ou nascimento;
- e) Certidão de óbito do instituidor da pensão; e
- f) Número do CPF do instituidor da pensão

III – Para o Censo dos servidores aposentados:

Obrigatórios

- a) Documento de identificação com foto (Carteira de Identidade ou Carteira de Habilitação ou Carteira Profissional com validade em todo o território nacional e emitida por órgão de regulamentação profissional);
- b) CPF;
- c) Comprovante de residência atualizado nos últimos três meses (conta de água, luz ou telefone), ou na falta deste, declaração de residência;
- d) PASEP/PIS/NIT;
- e) Título de eleitor ou último comprovante de votação;
- f) Ato de concessão e publicação da aposentadoria;
- g) CPF e Certidão de nascimento dos dependentes, menores de 21 anos ou inválidos;
- h) Certidão de casamento.

V – Dos dependentes

Obrigatórios

- a) Documento de identificação com foto (se houver), ou Certidão de Nascimento;
- b) CPF.
- c) Laudo médico atestando incapacidade definitiva, no caso de maior inválido
- d) Termo de Curatela ou Interdição, no caso de inválido;