

RECADASTRAMENTO PREVIDENCIÁRIO DOS SERVIDORES EFETIVOS DO MUNICÍPIO DE FERNANDES PINHEIRO-PR

Documentos Obrigatórios Servidor Ativo (cópias)

Carteira(s) de trabalho, CPF, RG, Carteira de registro profissional, Comprovante de Residência que conste o CEP, Certidão de Casamento, escritura pública de união estável ou Certidão com averbação de divórcio, CPF e RG do cônjuge.

CNH (Obrigatório para motoristas e operadores de máquinas)

Documentos Obrigatórios Dependentes (cópias)

Certidão de nascimento dos dependentes (se maior de 18 anos, a certidão deverá ser atualizada). Termo de Guarda (Adoção) ou tutela, CPF e RG.

- O formulário deverá ser entregue devidamente preenchido com os documentos comprobatórios solicitados até **31/05/2024 em suas Secretarias**
- Entende-se por atualizado os documentos emitidos há no máximo um ano.

Este formulário também poderá ser impresso acessando o endereço na internet: <http://www.fernandespinheiro.pr.gov.br/>

Dados Pessoais do Servidor

1.Nome

completo: _____

2. Matrícula (s): _____ - ____ / _____ - ____

3.Cargo: _____

4.Vínculo:

Cargo Efetivo Emprego Público (CLT)

Comissionado Conselho Tutelar

5.Data de Nascimento: ____/____/____

6.Sexo: Feminino Masculino

6.1. Raça: branca indígena negra amarela parda

7.Estado Civil:

Solteiro Casado Viúvo Separado

Separado judicialmente Divorciado União estável companheiro(a)

8.Escolaridade:

Não Alfabetizado Ensino Fundamental (Até a 5º série)

Ensino Fundamental incompleto Ensino Fundamental completo

Ensino Médio (2º Grau) incompleto Ensino Médio (2º Grau) completo

Ensino Médio (2º Grau)+ Técnico Superior incompleto

Superior completo Pós-Graduado

Mestre Doutor

9.Formação:

10.Telefone Fixo:

____-____-____-____-____-____-____-____-____-____

11. Telefone Celular:

____-____-____-____-____-____-____-____-____-____

12.Email:

13.Endereço:

14. Bairro:

15.CEP

16.Município que reside:

17.Residência:

Própria Alugada Outro

18.Relação de Dependentes

Dependente _____

Nome:

____-____-____-____-____-____-____-____-____-____

Data de Nascimento:

____/____/____

CPF:

____-____-____-____-____-____-____-____-____-____

Código do Tipo de Dependência:

____ **Vide código na Tabela 1**

É dependente de imposto de renda sim não

Dependente

Nome:

____-____-____-____-____-____-____-____-____-____

____-____-____-____-____-____-____-____-____-____

21. Marque o Vínculo Empregatício e de contribuição:

() Público () Privado () Regime próprio de previdência () Regime Geral de previdência (INSS)

Empresa/ Órgão: _____

Data Início de contribuição: _____ Data Término de contribuição: _____

□□□□/□□□□/□□□□□□

□□□□/□□□□/□□□□□□

22. Marque o Vínculo Empregatício e de contribuição:

() Público () Privado () Regime próprio de previdência () Regime Geral de previdência (INSS)

Empresa/ Órgão: _____

Data Início de contribuição: _____ Data Término de contribuição: _____

□□□□/□□□□/□□□□□□

□□□□/□□□□/□□□□□□

23. Marque o Vínculo Empregatício e de contribuição:

() Público () Privado () Regime próprio de previdência () Regime Geral de previdência (INSS)

Empresa/ Órgão: _____

Data Início de contribuição do INSS: _____ Data Término de contribuição do INSS: _____

□□□□/□□□□/□□□□□□

□□□□/□□□□/□□□□□□

24. Marque o Vínculo Empregatício e de contribuição:

() Público () Privado () Regime próprio de previdência () Regime Geral de previdência (INSS)

Empresa/ Órgão: _____

Data Início de contribuição: _____ Data Término de contribuição: _____

□□□□/□□□□/□□□□□□

□□□□/□□□□/□□□□□□

25. Marque o Vínculo Empregatício e de contribuição:

() Público () Privado () Regime próprio de previdência () Regime Geral de previdência (INSS)

26. Cadastro Familiar

No seu grupo familiar existem pessoas com alguma dessas doenças:

- () 1. HA – hipertensão arterial
- () 2. DIA – Diabetes I- juvenil; II-aparecimento tardio
- () 3. EP – epilepsia
- () 4. Obesidade mórbida
- () 5. AVC – acidente vascular cerebral -der
- () 6. IAM – infarto agudo do miocárdio
- () 7. Câncer – local do corpo:
- () 8. HD – hérnia de disco
- () 9. Outros ósseo musculares Tipo: _____
- () 10. Dependência química
- () 1.1 Outras _____

Possui algum dependente com deficiência? () Não () Sim

Nome do dependente: _____

Data de nascimento: _____

Tipo da deficiência: _____

Declaro para os devidos fins que as informações aqui prestadas são verdadeiras

_____, _____ de _____ de 2024.

Assinatura do servidor

Entregue

Assinatura do receptor:

Data: _____ de _____ de 2024.