

**Formulário de Recadastramento do servidor Público Municipal (APOSENTADOS - PENSIONISTAS)**

**RECADASTRAMENTO 2022**

**1 - DADOS FUNCIONAIS**

NOME: [ \_\_\_\_\_ ]

**2 - DADOS PESSOAIS**

Nome Mãe: [ \_\_\_\_\_ ]

Nome Pai: [ \_\_\_\_\_ ]

Sexo: [ \_\_\_\_ ] Data de Nascimento: [ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ] Nacionalidade: [ \_\_\_\_\_ ]

Cor de acordo com a classificação do IBGE:

(  ) AMARELA (  ) BRANCA (  ) INDIGENA (  ) PARDA (  ) PRETA (  ) NAO DESEJA DECLARAR

U.F Nascimento: [ \_\_\_\_ ] Natural de: [ \_\_\_\_\_ ]

Estado civil: [ \_\_\_\_\_ ] C.P.F: [ \_\_\_\_\_ ]

Número RG: [ \_\_\_\_\_ ] Órgão expedidor: [ \_\_\_\_\_ ] UF Órgão Expedidor: [ \_\_\_\_\_ ]

Título de Eleitor: [ \_\_\_\_\_ ] Zona Eleitoral: [ \_\_\_\_\_ ]

Seção Eleitoral: [ \_\_\_\_\_ ] UF Emissão Título Eleitor: [ \_\_\_\_\_ ]

**3 - DADO ENDEREÇO**

Tipo : [ \_\_\_\_\_ ] Logradouro: [ \_\_\_\_\_ ]

Número: [ \_\_\_\_\_ ] Complemento: [ \_\_\_\_\_ ] CEP: [ \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ]

Bairro: [ \_\_\_\_\_ ] UF Residência: [ \_\_\_\_\_ ] Município: [ \_\_\_\_\_ ]

DDD: [ \_\_\_\_ ] Telef. Res/Contato: [ \_\_\_\_\_ ] Ramal: [ \_\_\_\_\_ ]

DDD: [ \_\_\_\_ ] Telef. Celular: [ \_\_\_\_\_ ]

Email: [ \_\_\_\_\_ ]

**4 - DEPENDENTES (MENORES DE 21 ANOS)**

Dependente: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Grau Parentesco: \_\_\_\_\_ Identidade \_\_\_\_\_ Emissão: \_\_\_\_\_

Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Dependente: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Grau Parentesco: \_\_\_\_\_ Identidade \_\_\_\_\_ Emissão: \_\_\_\_\_

Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Dependente: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Grau Parentesco: \_\_\_\_\_ Identidade \_\_\_\_\_ Emissão: \_\_\_\_\_

Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**65- OUTRAS INFORMAÇÕES**

Possui Outro Vínculo Público? (\_\_\_) (S/N)      Se SIM; Onde? (marcar com um 'X')

Outros Municípios (    );Qual?: \_\_\_\_\_

Estado (    ); Qual Órgão e Estado?: \_\_\_\_\_ (    ) Na Federação: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_ EM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

**INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

- 1) Verificar se os dados acima estão corretos, caso positivo, assinar e entregar **NO MÊS DO ANIVERSÁRIO**, encaminhando o formulário para a Instituto de Previdência Social do Servidores Públicos de Balneário Piçarras – IPRESP no horário das 08h as 12h e 13h 30min às 17h 30min de segunda a sexta-feira.
- 2) Necessária apresentação de comprovante de residência atualizado.
- 3) FAVOR NÃO RASURAR O FORMULÁRIO.