



FORMULÁRIO – CENSO PREVIDENCIÁRIO E PROVA DE VIDA ¹ (APOSENTADO/PENSIONISTA)

(Para conclusão do Censo Previdenciário os campos dos Dados do Beneficiário devem ser preenchidos e enviados por correspondência **com cópia autenticada dos documentos e assinado com Reconhecimento por Verdadeiro/Autenticidade**, conforme Portaria 1311/2018).

DADOS DO BENEFICIÁRIO

MATRÍCULA(S): _____

1. Nome: < _____ >
2. Data de Nascimento: < ____ / ____ / ____ >
3. Mãe: < _____ >
4. Pai: < _____ >

5. Estado Civil (*marque apenas uma opção*)

- Solteiro(a);
- Casado(a);
- Divorciado(a);
- Separado(a);
- Viúvo(a).

6. Escolaridade (*marque apenas uma opção*)

- Analfabeto, inclusive o que, embora tenha recebido instrução, não se alfabetizou;
- Primário Completo - 5º ano completo (antiga 4ª série) do Ensino Fundamental;
- Primário Incompleto - Até o 5º ano incompleto do Ensino Fundamental (antiga 4ª série) ou que se tenha alfabetizado sem ter frequentado escola regular;
- Do 6º ao 9º ano do Ensino Fundamental incompleto (antiga 5ª a 8ª série);
- Ensino Fundamental Completo – 9º ano (antiga 8ª série) concluído;
- Ensino Médio incompleto;
- Ensino Médio completo;
- Educação Superior incompleta;
- Educação Superior completa;
- Pós-Graduação completa;
- Mestrado completo;
- Doutorado completo.

7. Raça/Etnia (*marque apenas uma opção*)

- Branca;
- Preta;
- Parda;
- Amarela;
- Indígena.

¹ Dúvidas em relação ao preenchimento deste formulário ligar para (41) 3350-3646.



8. Sexo: (marque apenas uma opção)

Masculino

Feminino

9. CPF: < >

10. RG (Doc. Identificação): < >

11. Data de Emissão: < / / >

12. Órgão Emissor Doc. Identificação: < >

13. NIS/NIT/PIS/PASEP (se possuir): < >

14. E-mail (se possuir): < >

15. Possui Deficiência:

Não

Sim (Se, sim deverá ser informado o Tipo de Deficiência)

Tipo de Deficiência (se a resposta da pergunta 15 for SIM, deve-se obrigatoriamente marcar):

Física

Auditiva

Visual

Mental

Intelectual

Transtorno Espectro Autismo

16. Naturalidade (Cidade/UF) < >

17. Telefone:

Residencial: < >

Comercial: < >

Celular: < >

Recados: < >

Fax: < >

18. Endereço:

Rua/Avenida/Travessa/ etc.: < >

Número Predial: < >

CEP: < - > Bairro: < >

Complemento: < >

Cidade: < > Estado: < >



19. Mensageria² (NÃO OBRIGATÓRIO). Autoriza o IPMC enviar mensagens de texto via SMS, e-mail, aplicativos multiplataformas, aplicativos de mensagens instantâneas, e/ou aplicações/sistemas de comunicação.

Autorizo

Não autorizo

Se a resposta for AUTORIZO, deverá ser enviado/encaminhado o TERMO DE AUTORIZAÇÃO – Anexo IX da Portaria 1311/2018.

REPRESENTANTE LEGAL

Para confirmação e inclusão de Representante Legal:

Desejo incluir/confirmar Representante Legal

Para inclusão, confirmação de representante legal será necessário o envio da documentação do mesmo, por meio de correspondência, com autenticação em Cartório e preenchimento do formulário a seguir.

Para exclusão de representante legal é necessário que o servidor aposentado compareça no IPMC.

DEPENTENDES

Para inclusão e exclusão de dependentes é necessário que o servidor aposentado/pensionista compareça no IPMC.

DECLARO, para fins de direito, sob as penas da lei, que as informações prestadas e documentos apresentados, acima, para fins do Censo Previdenciário realizado pelo Instituto de Previdência dos Servidores do Município de Curitiba (IPMC), são verdadeiros e autênticos (fiéis à verdade e condizentes com a realidade dos fatos nesta data). Fico CIENTE, através deste documento que a falsidade dessa declaração configura crime previsto no Código Penal Brasileiro, passível de apuração na forma da Lei. Nada mais a declarar, e ciente das responsabilidades pelas declarações prestadas, firmo a presente.

Curitiba, (dia) _____ de (mês) _____ de (ano)20_____.

Assinatura do(a) Aposentado(a)/Pensionista
com **Reconhecimento de assinatura por verdadeiro**

² O ANEXO IX da Portaria 1311/2018 (IPMC) que trata do Censo Previdenciário, deverá ser encaminhado junto com toda a documentação caso o beneficiário queira receber mensagens SMS, e-mail, aplicativos multiplataformas, aplicativos de mensagens instantâneas, e/ou aplicações/sistemas de comunicação com o objetivo repasse de informações.



FORMULÁRIO - REPRESENTANTE LEGAL *(Quando houver)*
DADOS DO TUTOR, CURADOR, GUARDIÃO OU PROCURADOR

Obrigatório encaminhamento de cópia autenticada dos Termos de Tutela, Curatela, Guarda ou Procuração e do ANEXO IV – Termo de Responsabilidade do Representante Legal

Data de Início: < _____ > (Informar a data de acordo com o Termo)

Representante Legal: < _____ >

CPF Representante Legal: < _____ >

Doc. Identificação / RG (Representante Legal): < _____ >

UF (Doc. Identificação) < _____ >

Relação:

() Tutor(a)

() Curador(a)

() Guardiã(o)

() Representante Legal / Procurador (a)

Endereço do Representante Legal:

Rua/Avenida/Travessa/ etc.: < _____ >

Número Predial: < _____ >

CEP: < _____ - _____ > Bairro: < _____ >

Complemento: < _____ >

Cidade: < _____ > Estado: < _____ >

Dados Legais do Processo

Número/ Ano Do Processo: < _____ / _____ >

UF Órgão Emissor Do Processo: < _____ >

Cidade: < _____ >

Órgão Emissor do Processo: < _____ >

Telefones do Representante Legal:

Residencial: < _____ >

Comercial: < _____ >

Celular: < _____ >

Recados: < _____ >

Fax: < _____ >

Curitiba, (dia) _____ de (mês) _____ de (ano) _____.

Assinatura do(a) Representante Legal
Reconhecimento de assinatura por semelhança