

CENSO CADASTRAL PREVIDENCIÁRIO – ANEXO X

IMPORTANTE

O cadastramento é obrigatório e seu descumprimento poderá acarretar sanções previstas no Art. 9º do Decreto Municipal Nº301/2016

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE PROVA DE VIDA

Para realizar o preenchimento, leia o Decreto Municipal Nº301/2016, tenha em mãos todos os documentos obrigatórios. Essas informações se encontram disponíveis no site do IPARV: www.iparv.com.br.

A declaração de Prova de Vida deve ser preenchida manualmente em letras MAIÚSCULAS e LEGÍVEIS, com informações completas, após devidamente preenchida, dirija-se a um cartório e reconheça **POR AUTENTICIDADE (por verdadeira)** sua assinatura e autentique cópias dos documentos obrigatórios. Organize todos os documentos e envie por correios para a Unidade de Atendimento do Censo Cadastral Previdenciário do IPARV localizada na Rua Joaquim Mota n.914 Vila Santo Antônio – CEP:75.906-370 - Rio Verde-GO.

1. DADOS PESSOAIS DO SERVIDOR				
1.1 NOME COMPLETO DO SERVIDOR *			1.2 SERVIDOR*	
			<input type="checkbox"/> ATIVO <input type="checkbox"/> APOSENTADO	
1.3 MATRÍCULA *	1.4 VÍNCULO*	1.5 DATA NASCIMENTO*	1.6 NÚMERO DO CPF*	1.7 SEXO*
		/ /		<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO
1.8 PORTADOR DE DEFICIÊNCIA				
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM				
1.9 NACIONALIDADE *		1.10 NATURALIDADE *		1.11 UF *
1.12 NOME DO PAI* (se desconhecido, informar)			1.13 NOME DA MÃE*	
1.14 ESTADO CIVIL *				
<input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> SEPARADO JUDICIALMENTE <input type="checkbox"/> VIÚVO <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL <input type="checkbox"/> SEPARADO DE FATO				

2. DOCUMENTAÇÃO DO SERVIDOR				
2.1 NÚMERO DO REGISTRO GERAL *	2.2 DATA DA EXPEDIÇÃO *	2.3 ÓRGÃO EXPEDIDOR *	2.4 UF *	2.5 PIS / PASEP
	/ /			

3. DADOS DE ENDEREÇO PESSOAL DO SERVIDOR				
Comprovante de endereço atualizado (conta de água, luz, gás, telefone, televisão por assinatura, condomínio, cartão de crédito, telefone fixo) ou Anexo I.				
3.1 TIPO (Rua Av.) *	3.2 LOGRADOURO (Nome da Rua, Avenida, etc.)*		3.3 NÚMERO*	3.4 COMPLEMENTO
3.5 BAIRRO*	3.6 CIDADE*		3.7 CEP*	
3.8 TELEFONE*	3.9 CELULAR*	3.10 E-MAIL		

4. DADOS DE DEPENDENTES				
TABELA – TIPOS DE DEPENDÊNCIA PARA FINS PREVIDENCIÁRIOS				
1. Cônjuge ou companheiro(a) com união estável				
2. Filho(a) menor de 18(dezoito) anos de idade e não emancipado(a)				
3. Filho(a) Inválido(a) com qualquer idade (mediante apresentação de atestado médico atualizado de até 90 dias).				
4. Menor sob guarda.				
5. Enteado(a) ou menor tutelado(a) sob dependência econômica do servidor (mediante declaração escrita do servidor).				
6. Pai ou mãe sob dependência econômica (somente se não existir dependentes 1, 2, 3, 4 e 5).				
7. Irmão não emancipado, de qualquer condição, menor de 18 (dezoito) anos de idade ou inválido (somente se não existir dependentes 1, 2, 3, 4, 5 e 6)				
NOME DO DEPENDENTE *			SEXO*	
			<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	
NOME DO PAI*		NOME DA MÃE*		
CARTÓRIO (referente à Certidão)	MATRÍCULA OU Nº REGISTRO/N.º LIVRO/N.º DA FOLHA	DATA DE NASCIMENTO*		NATURALIDADE
		/ /		
UF NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	TIPO DE DEPENDÊNCIA* (Conforme Tabela)	CPF*	
Nº REGISTRO GERAL	DATA DA EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	UF	
	/ /			
TIPO (Rua, Av.)	LOGRADOURO (Nome da Rua, Avenida, etc.)		NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP	
TELEFONE	CELULAR	E-MAIL		
NOME DO REPRESENTANTE LEGAL		TIPO DE REPRESENTANTE LEGAL	CPF	

NOME DO DEPENDENTE*			SEXO* <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	
NOME DO PAI*		NOME DA MÃE*		
CARTÓRIO (referente à Certidão)	MATRÍCULA OU Nº REGISTRO/N.º LIVRO/Nº DA FOLHA	DATA DE NASCIMENTO* / /		NATURALIDADE
UF NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	TIPO DE DEPENDÊNCIA* (Conforme Tabela)	CPF*	
Nº REGISTRO GERAL	DATA DA EXPEDIÇÃO / /	ÓRGÃO EXPEDIDOR	UF	
TIPO (Rua, Av.)	LOGRADOURO (Nome da Rua, Avenida, etc.)	NÚMERO	COMPLEMENTO	
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP	
TELEFONE	CELULAR	E-MAIL		
NOME DO REPRESENTANTE LEGAL		TIPO DE REPRESENTANTE LEGAL	CPF	

NOME DO DEPENDENTE*			SEXO* <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	
NOME DO PAI*		NOME DA MÃE*		
CARTÓRIO (referente à Certidão)	MATRÍCULA OU Nº REGISTRO/N.º LIVRO/Nº DA FOLHA	DATA DE NASCIMENTO* / /		NATURALIDADE
UF NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	TIPO DE DEPENDÊNCIA (Conforme Tabela)	CPF*	
Nº REGISTRO GERAL	DATA DA EXPEDIÇÃO / /	ÓRGÃO EXPEDIDOR	UF	
TIPO (Rua, Av.)	LOGRADOURO (Nome da Rua, Avenida, etc.)	NÚMERO	COMPLEMENTO	
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP	
TELEFONE	CELULAR	E-MAIL		
NOME DO REPRESENTANTE LEGAL		TIPO DE REPRESENTANTE LEGAL	CPF	

CÓPIAS AUTENTICADAS ANEXADAS

<p>SERVIDOR</p> <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CNH <input type="checkbox"/> Documento de Identidade Profissional <input type="checkbox"/> Passaporte válido(se for o caso) <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> Comprovante de Endereço <input type="checkbox"/> Certidão de Casamento ou Declaração Pública de União Estável <input type="checkbox"/> Certidão de Casamento com Averbação da Separação Judicial ou do Divórcio <input type="checkbox"/> Declaração de União Estável – Anexo II <input type="checkbox"/> Declaração de Separação de Fato – Anexo III <input type="checkbox"/> Declaração de Cessação de União Estável – Anexo IV <input type="checkbox"/> Certidão de óbito do cônjuge	<p>DEPENDENTES</p> <input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> Carteira Nacional de Habilitação <input type="checkbox"/> Documento de Identidade Profissional <input type="checkbox"/> Passaporte válido <input type="checkbox"/> CPF maior ou menor <input type="checkbox"/> Termo de Curatela <input type="checkbox"/> Termo de Tutela <input type="checkbox"/> Termo de Guarda em vigor <input type="checkbox"/> Atestado médico (de até 90 dias) <input type="checkbox"/> Declaração de Dependência Econômica – Anexo V <input type="checkbox"/> Declaração de Dependência Econômica e Inexistência de Dependentes Preferenciais – Anexo VI <input type="checkbox"/> Declaração de Dependência Econômica de ex-cônjuge divorciado, separado judicialmente ou de fato ou de ex-companheiro(a) – Anexo VII
---	--

Declaro sob as penas da Lei, que as informações prestadas são verdadeiras e da minha inteira responsabilidade. Comprometo-me a renovar tais informações sempre que houver alterações.

Local: _____ Em / /

Assinatura do servidor ativo ou aposentado ou pensionista

PARA CARTÓRIO: reconhecimento de firma somente POR AUTENTICIDADE(por verdadeira)

CENSO CADASTRAL PREVIDENCIÁRIO – ANEXO X – Folha 2

1. DADOS PESSOAIS DO SERVIDOR			
1.1 NOME COMPLETO DO SERVIDOR *		1.2 MATRÍCULA/VÍNCULO *	1.3 NÚMERO DO CPF* 1.4 SERVIDOR* <input type="checkbox"/> ATIVO <input type="checkbox"/> APOSENTADO
NOME DO DEPENDENTE*			SEXO* <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO
NOME DO PAI*		NOME DA MÃE*	
CARTÓRIO (referente à Certidão)	MATRÍCULA OU N° REGISTRO/N.° LIVRO/N° DA FOLHA	DATA DE NASCIMENTO / /	NATURALIDADE
UF NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	TIPO DE DEPENDÊNCIA (Conforme Tabela)	CPF*
N° REGISTRO GERAL	DATA DA EXPEDIÇÃO / /	ÓRGÃO EXPEDIDOR	UF
TIPO (Rua, Av.)	LOGRADOURO (Nome da Rua, Avenida, etc.)	NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP
TELEFONE	CELULAR	E-MAIL	
NOME DO REPRESENTANTE LEGAL		TIPO DE REPRESENTANTE LEGAL	CPF
NOME DO DEPENDENTE*			SEXO* <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO
NOME DO PAI*		NOME DA MÃE*	
CARTÓRIO (referente à Certidão)	MATRÍCULA OU N° REGISTRO/N.° LIVRO/N° DA FOLHA	DATA DE NASCIMENTO* / /	NATURALIDADE
UF NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	TIPO DE DEPENDÊNCIA* (Conforme Tabela)	CPF*
N° REGISTRO GERAL	DATA DA EXPEDIÇÃO / /	ÓRGÃO EXPEDIDOR	UF
TIPO (Rua, Av.)	LOGRADOURO (Nome da Rua, Avenida, etc.)	NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP
TELEFONE	CELULAR	E-MAIL	
NOME DO REPRESENTANTE LEGAL		TIPO DE REPRESENTANTE LEGAL	CPF
NOME DO DEPENDENTE*			SEXO* <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO
NOME DO PAI*		NOME DA MÃE*	
CARTÓRIO (referente à Certidão)	MATRÍCULA OU N° REGISTRO/N.° LIVRO/N° DA FOLHA	DATA DE NASCIMENTO* / /	NATURALIDADE
UF NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	TIPO DE DEPENDÊNCIA* (Conforme Tabela)	CPF*
N° REGISTRO GERAL	DATA DA EXPEDIÇÃO / /	ÓRGÃO EXPEDIDOR	UF
TIPO (Rua, Av.)	LOGRADOURO (Nome da Rua, Avenida, etc.)	NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP
TELEFONE	CELULAR	E-MAIL	
NOME DO REPRESENTANTE LEGAL		TIPO DE REPRESENTANTE LEGAL	CPF

NOME DO DEPENDENTE*				SEXO* <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	
NOME DO PAI*			NOME DA MÃE*		
CARTÓRIO (referente à Certidão)	MATRÍCULA OU Nº REGISTRO/N.º LIVRO/N.º DA FOLHA	DATA DE NASCIMENTO / /		NATURALIDADE	
UF NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	TIPO DE DEPENDÊNCIA (Conforme Tabela)		CPF*	
Nº REGISTRO GERAL	DATA DA EXPEDIÇÃO / /	ÓRGÃO EXPEDIDOR		UF	
TIPO (Rua, Av.)	LOGRADOURO (Nome da Rua, Avenida, etc.)		NÚMERO	COMPLEMENTO	
BAIRRO	CIDADE		UF	CEP	
TELEFONE	CELULAR		E-MAIL		
NOME DO REPRESENTANTE LEGAL			TIPO DE REPRESENTANTE LEGAL		CPF

NOME DO DEPENDENTE*				SEXO* <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	
NOME DO PAI*			NOME DA MÃE*		
CARTÓRIO (referente à Certidão)	MATRÍCULA OU Nº REGISTRO/N.º LIVRO/N.º DA FOLHA	DATA DE NASCIMENTO* / /		NATURALIDADE	
UF NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	TIPO DE DEPENDÊNCIA* (Conforme Tabela)		CPF*	
Nº REGISTRO GERAL	DATA DA EXPEDIÇÃO / /	ÓRGÃO EXPEDIDOR		UF	
TIPO (Rua, Av.)	LOGRADOURO (Nome da Rua, Avenida, etc.)		NÚMERO	COMPLEMENTO	
BAIRRO	CIDADE		UF	CEP	
TELEFONE	CELULAR		E-MAIL		
NOME DO REPRESENTANTE LEGAL			TIPO DE REPRESENTANTE LEGAL		CPF

NOME DO DEPENDENTE*				SEXO* <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	
NOME DO PAI*			NOME DA MÃE*		
CARTÓRIO (referente à Certidão)	MATRÍCULA OU Nº REGISTRO/N.º LIVRO/N.º DA FOLHA	DATA DE NASCIMENTO* / /		NATURALIDADE	
UF NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	TIPO DE DEPENDÊNCIA* (Conforme Tabela)		CPF*	
Nº REGISTRO GERAL	DATA DA EXPEDIÇÃO / /	ÓRGÃO EXPEDIDOR		UF	
TIPO (Rua, Av.)	LOGRADOURO (Nome da Rua, Avenida, etc.)		NÚMERO	COMPLEMENTO	
BAIRRO	CIDADE		UF	CEP	
TELEFONE	CELULAR		E-MAIL		
NOME DO REPRESENTANTE LEGAL			TIPO DE REPRESENTANTE LEGAL		CPF

Declaro sob as penas da Lei, que as informações prestadas são verdadeiras e da minha inteira responsabilidade. Comprometo-me a renovar tais informações sempre que houver alterações.

Local: _____ Em / /

Assinatura do servidor ativo ou aposentado ou pensionista

PARA CARTÓRIO: reconhecimento de firma somente POR AUTENTICIDADE(por verdadeira)