

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SIQUEIRA CAMPOS – ESTADO DO PARANÁ**

Rua Marechal Deodoro, 1837, Centro, Siqueira Campos – PR, CEP: 84940-000

CNPJ: 76.919.083/0001-89

FUNDO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE SIQUEIRA CAMPOS**RECADASTRAMENTO SERVIDORES APOSENTADOS E PENSIONISTAS****Lei Municipal nº 1770/2024****FORMULÁRIO DE RECADASTRAMENTO PREVIDENCIÁRIO PARA****SEGURADO/APOSENTADO**

(RESIDENTE FORA DO ESTADO IMPOSSIBILITADO DE SE DESLOCAR)

DADOS PESSOAIS –SERVIDOR	Nome						
	Nome da mãe						
	Nome do pai						
	Matricula			Data de ingresso no Ente		Data de saída do Ente	
	Est. Civil					Data de nascimento	
	Nacionalidade			UF	Naturalidade		
	Escolaridade			Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Portador de necessidades especiais: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

DOCUMENTOS	CPF	RG	ORG. EXP	Data emissão RG	UF RG	PASEP/PIS/NIT	
	Nº CTPS	DT EXP. CTPS	SÉRIE CTPS	Nº TIT.ELEITOR	ZONA	SEÇÃO	UF TIT. EL.

ENDEREÇO	Logradouro			UF	Cidade	
	Bairro		CEP	Complemento		
	Telefone ()		Celular ()	e-mail		

VÍNCULOS FUNCIONAIS	VÍNCULO FUNCIONAL 1º					
	Regime () RPPS () RGPS		Matricula	Órgão	Data de exercício do cargo	
	Cargo			Situação Funcional		
	VÍNCULO FUNCIONAL 2º					
	Regime () RPPS () RGPS		Matricula	Órgão	Data de exercício do cargo	
	Cargo			Situação Funcional		

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SIQUEIRA CAMPOS – ESTADO DO PARANÁ**

Rua Marechal Deodoro, 1837, Centro, Siqueira Campos – PR, CEP: 84940-000

CNPJ: 76.919.083/0001-89

FUNDO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE SIQUEIRA CAMPOS

HISTÓRI CO FINANCE	VÍNCULO FUNCIONAL 1°					
	Mês/Ano Contrib.	N° da Folha	Rem. Bruta	Rem. Contrib.	Rem. do cargo efetivo	13° salário () sim () não
			RS	RS	RS	
	VÍNCULO FUNCIONAL 2°					
	Mês/Ano Contrib.	N° da Folha	Rem. Bruta RS	Rem. Contrib. RS	Rem. do cargo efetivo RS	13° salário () sim () não

DEPENDENTES	DEPENDENTE 1			
	Nome			
	Data de nascimento	Sexo () F () M	Nome da mãe	
	Nome do pai	CPF	RG	
	PASEP/PIS/NIT	Tipo de dependência	Início da dependência	Motivo de início
	DEPENDENTE 2			
	Nome			
	Data de nascimento	Sexo () F () M	Nome da mãe	
	Nome do pai	CPF	RG	
	PASEP/PIS/NIT	Tipo de dependência	Início da dependência	Motivo de início
	DEPENDENTE 3			
	Nome			
Data de nascimento	Sexo () F () M	Nome da mãe		
Nome do pai	CPF	RG		
PASEP/PIS/NIT	Tipo de dependência	Início da dependência	Motivo de início	

Siqueira Campos, ____ de _____ de _____.

Recenciador_____
Aposentador