



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