



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO
MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE – PREVIMPA

CENSO CADASTRAL PREVIDENCIÁRIO – ANEXO IX

IMPORTANTE

O cadastramento é obrigatório e seu descumprimento poderá acarretar sanções previstas no Decreto 19.085/2015.

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO

Este formulário modelo C-293 Censo Cadastral Previdenciário e os Anexos mencionados integram a Instrução 01/2015-Previmpa e estão disponíveis no site do Previmpa, <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/previmpa> → Censo Previdenciário 2015 e no portal do servidor (formulários/Biblioteca- comuns a todas as secretarias) http://portaldoservidor/default.php?p_secao=68 devendo ser impresso após seu preenchimento.

O formulário deve ser preenchido em letras MAIÚSCULAS e legíveis, com informações completas, sem abreviaturas e rasuras. Os campos marcados com * são obrigatórios.

Todas as informações prestadas deverão ser comprovadas por documentos originais ou cópias autenticadas. As cópias autenticadas serão anexadas a este formulário.

Após o preenchimento, dirija-se a um cartório e reconheça **POR AUTENTICIDADE** sua assinatura e autentique cópia dos documentos comprobatórios. Envie por correio para a Unidade de Atendimento do Censo Cadastral Previdenciário do Previmpa, localizada na Rua Uruguai, 277 – 6º andar – Centro Histórico – CEP: 90010-140 – Porto Alegre/RS.

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).

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 21 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 21 (vinte e um) 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 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

CÓPIAS AUTENTICADAS ANEXADAS

SERVIDOR

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> RG | <input type="checkbox"/> Certidão de Casamento com Averbação da Separação Judicial ou do Divórcio |
| <input type="checkbox"/> CNH | <input type="checkbox"/> Declaração de União Estável – Anexo II |
| <input type="checkbox"/> Documento de Identidade Profissional | <input type="checkbox"/> Declaração de Separação de Fato – Anexo III |
| <input type="checkbox"/> Passaporte válido | <input type="checkbox"/> Declaração de Cessação de União Estável – Anexo IV |
| <input type="checkbox"/> CPF | <input type="checkbox"/> Certidão de óbito do cônjuge |
| <input type="checkbox"/> Comprovante de Endereço | |
| <input type="checkbox"/> Certidão de Casamento ou Declaração Pública de União Estável | |

DEPENDENTES

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento | <input type="checkbox"/> CPF do Representante Legal |
| <input type="checkbox"/> RG | <input type="checkbox"/> Declaração de Dependência Econômica – Anexo V |
| <input type="checkbox"/> Carteira Nacional de Habilitação | <input type="checkbox"/> Declaração de Dependência Econômica e Inexistência de Dependentes Preferenciais – Anexo VI |
| <input type="checkbox"/> Documento de Identidade Profissional | <input type="checkbox"/> Declaração de Dependência Econômica de ex-cônjuge divorciado, separado judicialmente ou de fato ou de ex-companheiro/a – Anexo VII |
| <input type="checkbox"/> Passaporte válido | <input type="checkbox"/> Termo de Responsabilidade – Anexo VIII |
| <input type="checkbox"/> CPF | |
| <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) | |

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

PARA CARTÓRIO: reconhecimento de firma somente POR AUTENTICIDADE.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO
MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE – PREVIMPA

CENSO CADASTRAL PREVIDENCIÁRIO – ANEXO IX –
CONTINUAÇÃO – DADOS DE DEPENDENTES

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

4. CONTINUAÇÃO DADOS DE DEPENDENTES			
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 N° REGISTRO/N.º 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.º 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.º 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	

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