



CENSO CADASTRAL PREVIDENCIÁRIO 2023

PROCURAÇÃO

DADOS PESSOAIS DO SEGURADO (ATIVO/APOSENTADO) OU PENSIONISTA OUTORGANTE		
NOME COMPLETO DO(A) SEGURADO(A)		
CPF	RG	ÓRGÃO EXPEDIDOR
NACIONALIDADE	DATA NASCIMENTO ____/____/____	SEXO MASCULINO () FEMININO ()
TIPO () ATIVO () APOSENTADO () PENSIONISTA		CARGO
ESTADO CIVIL () SOLTEIRO () CASADO () DIVORCIADO () SEPARADO () UNIÃO ESTÁVEL		
ENDEREÇO RESIDENCIAL DO(A) SEGURADO(A)		
LOGRADOURO		
Nº	BAIRRO	
CIDADE	ESTADO	
CEP	COMPLEMENTO	
E-MAIL	TELEFONE CELULAR Nº () _____ COM WHATSAPP () SIM () NÃO	
TELEFONE RESIDENCIAL ()	TELEFONE COMERCIAL ()	
NOMEIA E CONSTITUI SEU BASTANTE PROCURADOR(A):		

DADOS DO PROCURADOR(A) OUTORGADO(A)		
NOME COMPLETO		
CPF	RG	ÓRGÃO EXPEDIDOR
NACIONALIDADE	DATA NASCIMENTO ____/____/____	SEXO MASCULINO () FEMININO ()
ESTADO CIVIL () SOLTEIRO () CASADO () DIVORCIADO () SEPARADO () UNIÃO ESTÁVEL		
ENDEREÇO RESIDENCIAL DO(A) SEGURADO(A)		
LOGRADOURO		



Orgulho de Viver Aqui

ESTADO DE SANTA CATARINA
MUNICÍPIO DE TIMBÓ GRANDE

www.timbogrande.sc.gov.br

Nº	BAIRRO
CIDADE	ESTADO
CEP	COMPLEMENTO
E-MAIL	TELEFONE CELULAR Nº () _____ COM WHATSAPP () SIM () NÃO
TELEFONE RESIDENCIAL ()	TELEFONE COMERCIAL ()

PODERES

O OUTORGANTE CONFERE DIREITOS ESPECIAIS AO OUTORGADO PARA REPRESENTÁ-LO PERANTE FUNPREV-TG, BEM COMO USAR TODOS OS MEIOS LEGAIS PARA O FIEL CUMPRIMENTO DO PRESENTE MANDATO, **COM FINS ESPECÍFICOS DE REALIZAR O CENSO PREVIDENCIÁRIO 2023.**

No município de _____ / ____/____.

Assinatura do(a) Outorgante

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Pelo presente Termo de Responsabilidade, comprometo-me a comunicar o FUNPREV-TG, qualquer evento que possa anular a presente procuração, no prazo de 30 dias, a contar da data que o mesmo ocorra, principalmente o óbito do segurado/pensionista, mediante apresentação da respectiva certidão.

Estou ciente que o compromisso ora assumido, além de obrigar a devolver importâncias recebidas indevidamente, quando for o caso, sujeitar-me-á as penalidades previstas nos Arts. 171 e 299 do Código Penal.

No município de _____ / ____/____.

Assinatura do(a) Procurador(a) Outorgado(a)



Orgulho de Viver Aqui

ESTADO DE SANTA CATARINA
MUNICÍPIO DE TIMBÓ GRANDE

www.timbogrande.sc.gov.br

NOTAS EXPLICATIVAS

- 1- SE O SEGURADO NÃO CONSEGUIR COMPARECER AO LOCAL DO CENSO, PARA EFETUAR O RECENCEAMENTO, DEVERÁ:
 - A) PREENCHER COMPLETAMENTE ESTE FORMULÁRIO;
 - B) ASSINAR EM TODAS AS VIAS/PÁGINAS COM RECONHECIMENTO DE FIRMA EM CARTÓRIOS DE NOTAS, NA FORMA PRESENCIAL;**
 - C) ACOMPANHAR COM CÓPIA DE TODOS DOCUMENTOS DESCRITOS NO ART. 5º DA PORTARIA ADMINISTRATIVA Nº 007/2022;
 - D) JUNTAR O FORMULÁRIO E CÓPIA AUTENTICADA DOS DOCUMENTOS;
 - E) ENVIAR PELO SERVIÇO DE CORREIOS COM A SEGUINTE DESCRIÇÃO NO DESTINATÁRIO:

A/C CENSO PREVIDENCIÁRIO 2023
PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMBÓ GRANDE
FUNPREV-TG
RUA AV. JOSÉ ARCELINO DE SOUZA – 385 CENTRO
CEP 89545 000 – TIMBÓ GRANDE/SC