



**CENSO CADASTRAL PREVIDENCIÁRIO 2023**

**FORMULÁRIO PARA PENSIONISTAS**

DADOS PESSOAIS DO(A) INSTITUIDOR(A) DA PENSÃO – SERVIDOR(A) FALECIDO(A)			
NOME COMPLETO DO(A) INSTITUIDOR(A)			
NOME COMPLETO DO PAI			
NOME COMPLETO DA MÃE			
CPF	RG	ÓRGÃO EXPEDIDOR	
PIS/PASEP/NIT	DATA NASCIMENTO ____/____/____	DATA DO ÓBITO ____/____/____	
Nº TÍTULO DE ELEITOR	ZONA	SEÇÃO	UF
NACIONALIDADE	NATURALIDADE (CIDADE/ESTADO)		
<b>SITUAÇÃO FUNCIONAL NA DATA DO ÓBITO</b> ( ) ATIVO(A) ( ) APOSENTADO(A)			

DADOS FUNCIONAIS DO(A) INSTITUIDOR(A) DA PENSÃO – SERVIDOR(A) FALECIDO(A)	
ÓRGÃO DE ORIGEM ATIVOS PREFEITURA	DATA DE ADMISSÃO ____/____/____
CARGO	MATRÍCULA
ÓRGÃO DE ORIGEM APOSENTADOS FUNPREV-TG	DATA DE APOSENTADORIA ____/____/____
CARGO	MATRÍCULA

DADOS PESSOAIS DO(A) PENSIONISTA 1
NOME COMPLETO DO PENSIONISTA
NOME COMPLETO DO PAI



ESTADO DE SANTA CATARINA  
**MUNICÍPIO DE TIMBÓ GRANDE**  
www.timbogrande.sc.gov.br

*Orgulho de Viver Aqui*

NOME COMPLETO DA MÃE		
CPF	RG	ÓRGÃO EXPEDIDOR
PIS/PASEP/NIT	Nº CTPS	DATA EMISSÃO CTPS
DATA DE NASCIMENTO	NATURALIDADE (CIDADE/ESTADO)	
NACIONALIDADE	SEXO ( ) MASCULINO ( ) FEMININO	
ESTADO CIVIL ( ) SOLTEIRO ( ) CASADO ( ) DIVORCIADO ( ) SEPARADO ( ) UNIÃO ESTÁVEL		
GRAU DE PARENTESCO COM O(A) SEGURADO(A) CÔNJUGE ( ) COMPANHEIRA (O) ( ) FILHA(O) ( ) ENTEADA(O) ( ) PAI/MÃE ( ) IRMÃ(O) ( )		
INVÁLIDO ( ) NÃO ( ) SIM	PESSOA COM DEFICIÊNCIA NÃO ( ) SIM ( ) - QUAL ?	

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 ( )

DADOS PESSOAIS DO(A) PENSIONISTA 2
NOME COMPLETO DO PENSIONISTA
NOME COMPLETO DO PAI



*Orgulho de Viver Aqui*

ESTADO DE SANTA CATARINA  
**MUNICÍPIO DE TIMBÓ GRANDE**

www.timbogrande.sc.gov.br

NOME COMPLETO DA MÃE		
CPF	RG	ÓRGÃO EXPEDIDOR
PIS/PASEP/NIT	Nº CTPS	DATA EMISSÃO CTPS
DATA DE NASCIMENTO	NATURALIDADE (CIDADE/ESTADO)	
NACIONALIDADE	SEXO ( ) MASCULINO ( ) FEMININO	
ESTADO CIVIL ( ) SOLTEIRO ( ) CASADO ( ) DIVORCIADO ( ) SEPARADO ( ) UNIÃO ESTÁVEL		
GRAU DE PARENTESCO COM O(A) SEGURADO(A) CÔNJUGE ( ) COMPANHEIRA (O) ( ) FILHA(O) ( ) ENTEADA(O) ( ) PAI/MÃE ( ) IRMÃ(O) ( )		
INVÁLIDO ( ) NÃO ( ) SIM	PESSOA COM DEFICIÊNCIA NÃO ( ) SIM ( ) - QUAL ?	

<b>ENDEREÇO RESIDENCIAL DO(A) SEGURADO(A)</b>	
LOGRADOURO	
Nº	BAIRRO
CIDADE	ESTADO
CEP	COMPLEMENTO
E-MAIL	TELEFONE CELULAR Nº ( ) _____ COM WHATSAPP ( ) SIM ( ) NÃO
TELEFONE RESIDENCIAL ( )	TELEFONE COMERCIAL ( )

<b>DADOS PESSOAIS DO(A) PENSIONISTA 3</b>
NOME COMPLETO DO PENSIONISTA
NOME COMPLETO DO PAI
NOME COMPLETO DA MÃE



*Orgulho de Viver Aqui*

ESTADO DE SANTA CATARINA  
**MUNICÍPIO DE TIMBÓ GRANDE**

www.timbogrande.sc.gov.br

CPF	RG	ÓRGÃO EXPEDIDOR
PIS/PASEP/NIT	Nº CTPS	DATA EMISSÃO CTPS
DATA DE NASCIMENTO	NATURALIDADE (CIDADE/ESTADO)	
NACIONALIDADE	SEXO ( ) MASCULINO ( ) FEMININO	
ESTADO CIVIL ( ) SOLTEIRO ( ) CASADO ( ) DIVORCIADO ( ) SEPARADO ( ) UNIÃO ESTÁVEL		
GRAU DE PARENTESCO COM O(A) SEGURADO(A) CÔNJUGE ( ) COMPANHEIRA(O) ( ) FILHA(O) ( ) ENTEADA(O) ( ) PAI/MÃE ( ) IRMÃ(O) ( )		
INVÁLIDO ( ) NÃO ( ) SIM	PESSOA COM DEFICIÊNCIA NÃO ( ) SIM ( ) - QUAL ?	

**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

( )

( )

**REPRESENTANTE LEGAL (SE FOR O CASO)**

NOME COMPLETO DO(A) REPRESENTANTE LEGAL

CPF

TIPO DE REPRESENTAÇÃO

( ) PAI ( ) MÃE  
( ) PROCURADOR(A) ( ) CURADOR(A) ( ) TUTOR(A)



#### TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro, sob as penas da Lei, serem verdadeiros todos os dados e informações apresentados neste formulário, assim como os documentos apresentados.

Declaro, ainda, estar ciente de que Declaração Falsa ou Omissão de qualquer informação constitui crime e pode implicar na sanção penal prevista no nos Arts. 171 e 299 do Código Penal.

No município de \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Assinatura do(a) Pensionista

#### 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