



Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura Municipal de Paraíba do Sul
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE PARAÍBA DO SUL
PREVSUL

PORTARIA N° 109/2015

Disciplina o Recadastramento Anual dos beneficiários do regime próprio de previdência do Município de Paraíba do Sul e dá outras providências.

A **DIRETORA-PRESIDENTE DO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE PARAÍBA DO SUL**, no uso das atribuições que lhe confere a Lei Municipal n° 2.643/2008, **RESOLVE**:

Art. 1° Os servidores públicos inativos do Município de Paraíba do Sul e os beneficiários de pensão por morte concedida pelo regime de previdência desta municipalidade deverão atender ao Recadastramento Anual dos segurados do regime próprio de previdência social, na forma estabelecida nesta Portaria.

Art. 2° Cabe ao Instituto de Previdência Social do Município de Paraíba do Sul a coordenação e a execução do Recadastramento, que se dará no período compreendido entre os dias 19 de novembro de 2015 a 30 de dezembro de 2015, conforme calendário abaixo:

Atividade	Período
Atendimento regular aos Segurados na sede do PREVSUL	19/11/2015 a 30/12/2015
Atendimento Domiciliar aos Segurados	19/11/2015 a 30/12/2015
Atendimento Extraordinário aos Segurados que não comparecerem ao atendimento regular	02/01/2016 a 02/02/2016

§ 1° Encerrado o prazo para o atendimento regular e domiciliar aos segurados abrangidos pelo Recadastramento 2015 o PREVSUL deverá encaminhar telegrama ou manter contato telefônico com os segurados que não atenderam ao Recadastramento, alertando expressamente para as penalidades para o não comparecimento previstas nesta Portaria.

§ 2° O atendimento aos segurados abrangidos pelo Recadastramento 2015 se dará na Sede do PREVSUL, em Rua Visconde da Paraíba, n° 120 –



Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura Municipal de Paraíba do Sul
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE PARAÍBA DO SUL
PREVSUL

Centro, Paraíba do Sul/ RJ, de segunda a sexta-feira, conforme o calendário estabelecido no caput, no horário compreendido entre as 12:00 e as 18:00 horas.

Art. 3º Os segurados deverão comparecer ao local indicado para o Recadastramento portando originais e cópias dos seguintes documentos:

- I. Cédula de Identidade ou outro documento oficial com fotografia.
- II. Comprovante de Inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF)
- III. Comprovante de Residência, admitidos como tal contas de fornecimento de energia elétrica, de serviços de telefonia ou de outros serviços públicos concedidos.

Art. 4º É admitida a representação do segurado por Procurador, desde que munido de instrumento público de mandato, lavrado em Cartório competente, com poderes específicos para sua representação junto à administração pública municipal de Paraíba do Sul, emitidos em data não anterior a 1º de janeiro de 2015.

Art. 5º O PREVSUL disponibilizará atendimento domiciliar ou em estabelecimento de saúde aos segurados abrangidos pelo Recadastramento 2015 que possuam dificuldade de locomoção, mediante agendamento prévio pelo telefone (24) 2263-2616, observada antecedência mínima de 3 (três) dias úteis.

Parágrafo Único O segurado que requisitar o atendimento domiciliar previsto neste artigo deverá apresentar ao cadastrador, por ocasião da visita de Recadastramento, atestado médico que comprove a dificuldade de locomoção.

Art. 6º O segurado que resida fora do Município de Paraíba do Sul poderá requerer o envio do Formulário de Recadastramento por via postal ou por correio eletrônico, devendo encaminhá-lo em retorno ao PREVSUL, necessariamente por meio de Carta Registrada, assinado e com firma reconhecida em Cartório por autenticidade, juntamente com os documentos arrolados no art. 3º.

Art. 7º O segurado abrangido pelo art. 1º que não atender ao Recadastramento 2015, até o prazo final estabelecido no Anexo I desta Portaria, terá retido o pagamento dos proventos de aposentadoria ou da pensão por morte, até a regularização de sua situação junto ao PREVSUL.



Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura Municipal de Paraíba do Sul
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE PARAÍBA DO SUL
PREVSUL

Art. 8º O Recadastramento 2015 será objeto de divulgação pelos seguintes meios:

- I. Publicação no veículo de Imprensa Oficial adotado pelo Poder Executivo Municipal;
- II. Publicação em veículo de imprensa de circulação no território municipal;
- III. Afixação de cartazes informativos em todos os órgãos e entidades dos Poderes Executivo e Legislativo do Município de Paraíba do Sul;

Art. 9º. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Paraíba do Sul, 16 de novembro de 2015.

Gina Lani Brasil Reggiori
Diretora-Presidente
PREVSUL



Instituto de Previdência do Município de Paraíba do Sul
Anexo I

RECADASTRAMENTO 2015
APOSENTADOS

Matrícula de Origem:

Inscrição PREVSUL:

DADOS PESSOAIS

1- Nome Completo (não abreviar)

2- Filiação (não abreviar):

Nome do Pai

Nome da Mãe

3- Sexo

Fem. Masc.

4- Data de Nascimento

 / /

5- Naturalidade

6 - UF

7- Nacionalidade

8 - Estado Civil

1- Casado 2- Solteiro 3- Viúvo 4- Separado judicialmente
5- Divorciado 6- União estável

9 - Grau de Instrução

1 - Analfabeto 2 - Alfabetizado 3 - 1º Grau Incompleto 4 - 1º Grau Completo 5 - 2º Grau Incompleto 6 - 2º Grau Completo
7 - 3º Grau Incompleto 8 - 3º Grau Completo 9 - Pós-Graduação 10 - Mestrado 11 - Doutorado 12 - Pós-D

ENDEREÇO

10 - Logradouro (Av., Rua etc)

11 - Município

12 - CEP

 -

13 - Bairro

14 - Telefone

 () -

15 - E-Mail

DOCUMENTAÇÃO

16 - CPF

17 - Título de Eleitor

Zona

Seção

18 - Carteira de Identidade

Órgão Expedidor

Data de expedição

 / /

UF

19 - PIS/ PASEP

SITUAÇÃO FUNCIONAL DO ORGAO DE ORIGEM

20 - Data de admissão

 / /

21- Último cargo ocupado

22- Nome do Órgão de origem

SITUAÇÃO FUNCIONAL DO 2º CARGO EFETIVO (somente para quem acumula dois benefícios fixos)

23 - Data de admissão

 / /

24- Último cargo ocupado

25- Nome do Órgão de origem

BENEFICIO

26-Tipo de Benefício:

Aposentadoria:

1- por tempo de contribuição ou serviço

2- por idade ou compulsória

3- por invalidez permanente

27- Data de Início do Benefício:

 / /

28- Valor Inicial do Benefício:

 ,

(informar em moeda corrente da época)

29- Valor Bruto do Atual Benefício:

 ,

30- Foi beneficiado pela Lei 4401? (S ou N)

31- Recebe algum benefício de outro Regime? (S ou N)

Qual Regime?

2º BENEFICIO (somente para quem acumula dois benefícios fixos)

32-Tipo de Benefício:

Aposentadoria:

1- por tempo de contribuição

2- por idade ou compulsória

3- por invalidez permanente

33- Data de Início do Benefício:

 / /

34- Valor Inicial do Benefício:

 ,

(informar em moeda corrente da época)

35- Valor Bruto Atual do Benefício:

 ,

36- Exerce algum cargo atualmente na municipalidade?

 Sim Não**Declaro que todas as informações preenchidas estão corretas e me responsabilizo pela sua veracidade.**

Assinatura do servidor: _____

Nº de Folhas: _____

Local e data: _____

_____ de _____ de 20__

Coletor Responsável

Nome: _____

Assinatura: _____

Local e data: _____

_____ de _____ de 20__



RECADASTRAMENTO 2015

PENSIONISTAS

DADOS DO SERVIDOR QUE GEROU A PENSÃO

1 - Matrícula:

2- Inscrição no PREVSUL:

3- Origem do Servidor: 1 - Servidor Ativo 2 - Servidor aposentado por invalidez
 3 - Aposentado por tempo de contribuição, idade ou compulsório

4- Código:

5- Nome Completo (não abreviar)

6 - Data de Nascimento / /

7 - Data de Admissão / /

8 - Data de Falecimento / /

9 - PIS/ PASEP

10- Último cargo ocupado

11 - Sexo Fem. Masc.

12- Órgão de Origem

DADOS RELATIVOS À PENSÃO

13 - Pensão 100%

14 - Percentual da Pensão: %

15 - Pensão Real R\$,

16 - Data de Início / /

17- Valor Inicial da Pensão: R\$,
 (informar em moeda corrente da época)

18- Valor Atual da Pensão: R\$,

19 - Data Limite / /

20 - Nº do Sinistro

21 - Nº do Processo de Concessão:

DADOS RELATIVOS AO PENSIONISTA

22- Nome Completo (não abreviar)

23- Nome da Mãe

24- Grau de Parentesco: 1 - cônjuge; 3 - pai/mãe; 5 - designado 7 - ex-cônjuge;
 2 - filho (a); 4 - irmão (a); 6 - companheiro(a); 8 - menor sob guarda.

25- Capacidade: 1 - capaz; 3 - Inválido / Capaz; 26 - Data de Nascimento / /

2 - Inválido / Incapaz; 27 - Sexo Fem. Masc.

28 - PIS/ PASEP

29 - Estado Civil 1- Casado 2- Solteiro 3- Viúvo 30 - Nº de Dependentes (IRRF)

4- Sep. judicialmente 5-Divorciado

31 - CPF -

32 - Identidade: -

Órgão expedidor:

UF

33- Motivo da Inclusão: 1 - Filho Póstumo 34 - Tipo de pensionista T - Temporário V - Vitalício

2 - Decisão judicial 3 - Outros

35 - Data da Inclusão / /

36 - Data da Exclusão / /

37 - Quantidade de Salários-Família:

38- Motivo da Exclusão: 1 - Óbito 2 - Perda da Guarda do Menor 39 - Telefone: () -

3 - Emancipação 4 - Perda da Guarda de Dependente

40 - Logradouro (Av., Rua etc)

41 - CEP -

42 - Bairro

43 - Município

44 - UF

45 - Email

Declaro que todas as informações preenchidas estão corretas e me responsabilizo por sua veracidade.

Assinatura do pensionista _____ Local e data: _____, ____ de _____ de 20 ____

Nome do coletor responsável: _____

Assinatura do coletor _____ Local e data: _____, ____ de _____ de 20 ____