



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO SERVIDOR MUNICIPAL DE TAQUARITINGA/SP

ATO nº 01/2024

Dispõe sobre a realização da Primeira Etapa do Censo Previdenciário e Prova de Vida de 2024 dos aposentados e pensionistas do RPPS municipal de Taquaritinga.

A Superintendente do Instituto de Previdência do Servidor Municipal de Taquaritinga - IPREMT, no uso das suas atribuições legais e institucionais, que lhe confere o art. 15, incisos XIV, XV e XVII da *Lei Complementar Municipal 4.029/2013* e também o Regimento Interno do Conselho Administrativo do IPREMT (*Decreto nº 4.078, de 09 de setembro de 2013*) e:

CONSIDERANDO a necessidade de atualização da base cadastral dos beneficiários deste RPPS municipal e em atendimento ao disposto no Artigo 109 da Lei Complementar Municipal nº 4.029/2013 e no artigo 9º, inciso II, da Lei Federal nº 10.887, de 18 de junho de 2004,

RESOLVE:

Art. 1º Ficam estabelecidas, nos termos deste ato, as normas e procedimentos para a realização da Primeira Etapa do Censo Cadastral Previdenciário dos segurados inativos, seus dependentes e pensionistas vinculados ao RPPS municipal de Taquaritinga – SP.

§1º A Primeira Etapa do Censo Cadastral Previdenciário será realizada de forma presencial na sede do IPREMT - Instituto de Previdência do Servidor Municipal de Taquaritinga no período de 29 de julho de 2024 a 31 de outubro de 2024, das 8h às 15h.

§2º O Cronograma de realização será o seguinte:

DATA DE NASCIMENTO/ANIVERSÁRIO DO APOSENTADO/PENSIONISTA	PERÍODO DE REALIZAÇÃO (prazo para comparecimento)
Janeiro, Fevereiro, Março e Abril.	29/07/2024 a 30/08/2024
Maio, Junho, Julho e Agosto	02/09/2024 a 30/09/2024
Setembro, Outubro, Novembro e Dezembro	01º/10/2024 a 31/10/2024

§3º O próprio Aposentado e Pensionista, ou seu representante devidamente habilitado, deve comparecer dentro dos prazos estipulados no Cronograma acima, munido dos documentos necessários e previstos no Artigo 2º deste ato.

Art. 2º O beneficiário deverá preencher os devidos formulários, conforme modelos em anexo, e comparecer munido dos seguintes documentos obrigatórios:



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO SERVIDOR MUNICIPAL DE TAQUARITINGA/SP

I - SERVIDORES INATIVOS/APOSENTADOS:

- a) Cópia de Documento Oficial de Identificação com Foto (RG, Carteira Nacional de Habilitação ou Registro Profissional, com validade em todo território nacional e emitida por órgão de regulamentação profissional);
- b) Cópia de CPF;
- c) Cópia de Comprovante de Residência Atualizado (conta de luz, água, telefone ou cartão de crédito atualizado, um dos últimos 03 meses) ou a Declaração de Residência.
- d) Cópia de Certidão de Estado Civil com as averbações de seu estado atual (Certidão de Nascimento, Certidão de Casamento, com as devidas averbações em caso de Divórcio ou Separação Judicial, além de Certidão de Óbito do cônjuge/companheiro, quando viúvo).
- e) Cópia de PIS/PASEP/NIT;
- f) Cópia de Título de Eleitor

II - PENSIONISTAS:

- a) Cópia de Documento Oficial de Identificação com Foto (RG, Carteira Nacional de Habilitação ou Registro Profissional, com validade em todo território nacional e emitida por órgão de regulamentação profissional);
- b) Cópia de CPF;
- c) Cópia de Comprovante de Residência Atualizado (conta de Luz, água, telefone ou cartão de crédito atualizado, um dos últimos 03 meses) ou a Declaração de Residência.
- d) Cópia de Certidão de Estado Civil com as averbações de seu estado atual (Certidão de Nascimento, Certidão de Casamento, com as devidas averbações em caso de Divórcio, Separação Judicial e óbito de ex-cônjuge ou Cópia de Certidão de Óbito de ex-cônjuge/companheiro, quando viúvo).
- e) Cópia de PIS/PASEP/NIT;

III. DEPENDENTES PREVIDENCIÁRIOS E/OU DEPENDENTES PARA FINS DE IMPOSTO DE

RENDA:

- a) Cópia de Documento oficial de identificação com foto (RG, carteira nacional de habilitação ou registro profissional, com validade em todo território nacional e emitida por órgão de regulamentação profissional);
- b) Cópia de CPF;
- c) Cópia de Comprovante de Residência Atualizado (quando residir em endereço diverso do Aposentado/Pensionista)
- d) Cópia de Certidão de casamento, para cônjuge // Cópia de Certidão de Nascimento (para filhos/enteados/irmãos/pais/companheiros solteiros) // Cópia de Certidão de Casamento, com averbações de Divórcio, Separação Judicial e óbito de ex-cônjuge (ou apresentação de Cópia de Certidão de Óbito de ex-cônjuge, para viúvos) para companheiros não solteiros.
- e) Cópia de Decisão Judicial, quando for o caso.
- f) Cópia do Termo de curatela, tutela ou guarda;
- g) Cópia de Laudo ou atestado médico com a indicação do CID atualizado, quando for o caso (dependente inválido)

IV - PARA O CASO DE REPRESENTAÇÃO DO(A) APOSENTADO(A)/PENSIONISTA:

- Além dos documentos acima, apresentar;
- a) Cópia do Termo de curatela, tutela ou guarda;
- b) Laudo ou atestado médico com a indicação do CID atualizado, quando for o caso,
- c) Cópia do Documento Oficial de Identificação do representante legal com Foto (RG, carteira nacional de habilitação ou registro profissional, com validade em todo território nacional e emitida por órgão de regulamentação profissional);
- d) Cópia do CPF do representante legal;
- e) Cópia do Comprovante de residência atualizado do representante legal.
- f) Cópia de Decisão Judicial, quando for o caso
- g) Procuração firmada em Cartório de Registro Civil (vigente, ou seja, dentro de sua validade) ou com reconhecimento de firma de Outorgante e Outorgado.

Art. 3º Os Aposentados e Pensionistas residentes em outro Estado/Município devem enviar dentro do período estabelecido no §2º do Artigo 1º as Fichas Cadastrais devidamente preenchidas,



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO SERVIDOR MUNICIPAL DE TAQUARITINGA/SP

com reconhecimento de firma no Cartório de Registro Civil, juntamente com as cópias dos documentos obrigatórios.

Parágrafo único: O envio dos documentos deve ser feito pelos Correios ou com todos os documentos devidamente digitalizados para o e-mail: ouvidoria@ipremt.sp.gov.br.

Art. 4º Os Aposentados e Pensionistas residentes no Exterior devem procurar o Consulado Brasileiro para a realização deste recenseamento e prova de vida, e nos casos que não puderem comparecer a uma Repartição Consular ou perante Consulado Itinerante, deverão comparecer a um Notário Local legalizado por Repartição Consular Brasileira.

Art. 5º Caso o Aposentado ou Pensionista não puder comparecer dentro do período disposto no §2º do Artigo 1º deste ato, deverá comunicar previamente tal fato ao IPREMT, apresentando a devida justificativa **motivada** e respectivos documentos.

Parágrafo único: Aos Beneficiários impedidos de fazê-lo, tal justificativa poderá ser feita por familiar, representante de instituição hospitalar, ou demais entidades, a depender do caso concreto do impedimento.

Art. 6º O público alvo a ser recenseado é responsável pela veracidade das informações prestadas, ficando sujeito às sanções administrativas e penais por qualquer informação incorreta.

Art. 7º Os casos não especificados neste Ato serão analisados e decididos pela Superintendência do IPREMT, que pode encaminhá-lo para a apreciação dos demais membros da Diretoria Executiva e Conselho de Administração.

Art. 8º Ficam estabelecidos os seguintes canais de comunicação para envio de dúvidas quanto ao presente recenseamento:

E-mail: ouvidoria@ipremt.sp.gov.br

Telefone: (16) 3253-2504

WhatsApp: (16) 999933595

Endereço da sede do IPREMT: Rua General Glicério, Nº 1.138. Centro. Taquaritinga-SP. CEP nº 15900-045.

Art. 9º Este ato entra em vigor na presente data.

PUBLIQUE-SE.

Taquaritinga-SP, 14 de Julho de 2024.


APARECIDA LUZIA GIROTTO
Superintendente do IPREMT



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO SERVIDOR MUNICIPAL DE TAQUARITINGA/SP

**ANEXO I: FORMULÁRIO DE DADOS DO(A) BENEFICIÁRIO(A) PRINCIPAL -
APOSENTADO(A) OU PENSIONISTA**

**ANEXO II: FORMULÁRIO PARA PROCURADOR(A), TUTOR(A) OU
CURADOR(A)**

**ANEXO III: FORMULÁRIO DE DEPENDENTES PARA FINS
PREVIDENCIÁRIOS**

ANEXO IV: FORMULÁRIO DE DEPENDENTES PARA FINS DE IRRF

AKJ



ANEXO I

CENSO PREVIDENCIÁRIO – PROVA DE VIDA 2024

Nome:			
Data de nascimento:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	CPF:	
RG:	Data da emissão:	Órgão Emissor: <input type="checkbox"/> SSP-SP Outro:	
Naturalidade: <input type="checkbox"/> Taquaritinga-SP Outra:		Nacionalidade: <input type="checkbox"/> Brasileira / Outra:	
PIS/PASEP/NIT:	Título de Eleitor:	Seção:	Zona:
Endereço: <input type="checkbox"/> Rua <input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/> Outro			
Nº	Bairro:	CEP:	
Cidade: <input type="checkbox"/> Taquaritinga <input type="checkbox"/> Outra Cidade:			Estado: <input type="checkbox"/> SP Outro:
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado (Observação complementar: <input type="checkbox"/> União estável)			
E-mail:			
Telefone/Celular:	// WhatsApp: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Telefone/Celular:	// WhatsApp: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Telefone/Celular:	// WhatsApp: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Telefone/Celular:	// WhatsApp: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Autorizo que os envios de comunicações, notificações oficiais e documentos sejam realizados por meio dos contatos acima, inclusive para fins de ciência e contagem de prazo. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Observações:			
Grau de Instrução: <input type="checkbox"/> Fundamental <input type="checkbox"/> Ensino médio <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Pós-graduação <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Analfabeto /			
Observação complementar: <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto			
<input type="checkbox"/> Aposentado (a) <input type="checkbox"/> Pensionista			

Handwritten signature



Dependentes para fins previdenciários: Sim (Quantidade:) Não

Caso haja mais de um, preencher a ficha anexa para demais dependentes.

Dados do Dependente:

Nome:		
Data de nascimento:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	CPF:
RG:	Data da emissão:	Órgão Emissor: <input type="checkbox"/> SSP-SP Outro:
Condição de dependência: <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Companheiro <input type="checkbox"/> Filho não emancipado de qualquer condição menor de 18 anos <input type="checkbox"/> Filho inválido <input type="checkbox"/> Menor sob tutela <input type="checkbox"/> Enteado não emancipado de qualquer condição menor de 18 anos <input type="checkbox"/> Enteado inválido <input type="checkbox"/> Pai/Mãe <input type="checkbox"/> Irmão não emancipado, de qualquer condição menor de 18 anos, sem renda <input type="checkbox"/> Irmão inválido, sem renda		
Endereço: mesmo endereço <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não		

Dependentes para fins de Imposto de Renda: Sim (Quantidade:) Não

Em caso afirmativo, deve ser preenchida Ficha de Dependente de Imposto de Renda.

Observações:

Responsabilizo-me pela exatidão e veracidade das informações prestadas, ciente de que, se falsa a declaração, ficarei sujeito às penas da lei, nos termos do art. 299 do Código Penal, além de demais consequências na esfera cível e penal. Estou ciente, ainda, de que deverei comunicar ao IPREMT, de imediato, a ocorrência de qualquer fato que implique na alteração dos dados acima.

Data: ____/____/____

Assinatura _____

Handwritten signature in blue ink.



Visto do(a) Responsável do IPREMT: _____

Handwritten signature in blue ink.



ANEXO II

Anexo - Procurador(a), Tutor(a) ou Curador(a)

Nome do(a) beneficiário:

Dados do(a) Procurador(a), Tutor(a) ou Curador(a):

Nome:			
Data de nascimento:		CPF:	
RG:	Data da emissão:	Órgão Emissor: <input type="checkbox"/> SSP-SP <input type="checkbox"/> Outro:	
Endereço: <input type="checkbox"/> Rua <input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/> Outro			
N°		Bairro:	
Cidade/Estado: <input type="checkbox"/> Taquaritinga - SP - <input type="checkbox"/> Outra Cidade/Estado:			CEP:
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado			
(Observação complementar: <input type="checkbox"/> União estável)			
E-mail:			
Telefone/Celular:			

Observações:

Responsabilizo-me pela exatidão e veracidade das informações prestadas, ciente de que, se falsa a declaração, ficarei sujeito às penas da lei, nos termos do art. 299 do Código Penal, além de demais consequências na esfera cível e penal. Estou ciente, ainda, de que deverei comunicar ao IPREMT, de imediato, a ocorrência de qualquer fato que implique na alteração dos dados acima.

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Visto do(a) Responsável do IPREMT: _____

Handwritten signature in blue ink.



ANEXO III

Anexo – Dependentes para fins previdenciários

Nome do(a) beneficiário(a):		
Dados dos(as) dependente(s)		
Nome:		
Data de nascimento:	Sexo: <input type="checkbox"/> M_ <input type="checkbox"/> F	CPF:
RG:	Data da emissão:	Órgão Emissor: <input type="checkbox"/> SSP-SP Outro:
Condição de dependência: <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Companheiro(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) não emancipado(a) de qualquer condição menor de 18 anos <input type="checkbox"/> Filho(a) inválido(a) <input type="checkbox"/> Menor sob tutela <input type="checkbox"/> Enteado(a) não emancipado(a) de qualquer condição menor de 18 anos <input type="checkbox"/> Enteado(a) inválido(a) <input type="checkbox"/> Pai/Mãe <input type="checkbox"/> Irmão/Irmã não emancipado(a), de qualquer condição menor de 18 anos, sem renda <input type="checkbox"/> Irmão/Irmã inválido(a), sem renda		
Endereço: mesmo endereço do(a) titular do benefício previdenciário: <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não		

Nome:		
Data de nascimento:	Sexo: <input type="checkbox"/> M_ <input type="checkbox"/> F	CPF:
RG:	Data da emissão:	Órgão Emissor: <input type="checkbox"/> SSP-SP Outro:
Condição de dependência: <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Companheiro(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) não emancipado(a) de qualquer condição menor de 18 anos <input type="checkbox"/> Filho(a) inválido(a) <input type="checkbox"/> Menor sob tutela <input type="checkbox"/> Enteado(a) não emancipado(a) de qualquer condição menor de 18 anos <input type="checkbox"/> Enteado(a) inválido(a) <input type="checkbox"/> Pai/Mãe <input type="checkbox"/> Irmão/Irmã não emancipado(a), de qualquer condição menor de 18 anos, sem renda <input type="checkbox"/> Irmão/Irmã inválido(a), sem renda		
Endereço: mesmo endereço do(a) titular do benefício previdenciário: <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não		

Responsabilizo-me pela exatidão e veracidade das informações prestadas, ciente de que, se falsa a declaração, ficarei sujeito às penas da lei, nos termos do art. 299 do Código Penal, além de demais consequências na esfera cível e penal. Estou ciente, ainda, de que deverei comunicar ao IPREMT, de imediato, a ocorrência de qualquer fato que implique na alteração dos dados acima.

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Visto do(a) Responsável do IPREMT: _____

Alg



ANEXO IV

Anexo - Dependente para fins de Imposto de Renda

Nome do (a) beneficiário (a):

Dados do (a) Dependente:

Nome:		
Data de nascimento:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	CPF:
RG:	Data da emissão:	Órgão Emissor: <input type="checkbox"/> SSP-SP Outro:
Endereço: mesmo endereço do(a) titular do benefício previdenciário <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não		

Condição de dependência:

- Cônjuge
- Companheiro(a) com quem o contribuinte tenha filho ou viva há mais de 5 anos
- Filho(a) até 21 anos de idade, ou, em qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
- Enteado(a) até 21 anos de idade, ou, em qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
- Filho(a), se ainda estiver cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau, até 24 anos de idade;
- Enteado(a), se ainda estiver cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau, até 24 anos de idade;
- Filho(a) com deficiência, de qualquer idade, quando a sua remuneração não exceder as deduções autorizadas por lei.
- Enteado(a) com deficiência, de qualquer idade, quando a sua remuneração não exceder as deduções autorizadas por lei.
- Irmão(ã), sem arrimo dos pais, de quem o contribuinte detenha a guarda judicial, com idade até 21 anos, ou em qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
- Neto(a), sem arrimo dos pais, de quem o contribuinte detenha a guarda judicial, com idade até 21 anos, ou em qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
- Bisneto(a), sem arrimo dos pais, de quem o contribuinte detenha a guarda judicial, com idade até 21 anos, ou em qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;

AKG



- Irmão(ã), sem arrimo dos pais, de quem o contribuinte detenha a guarda judicial, com idade até 24 anos, se ainda estiver cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau, desde que o contribuinte tenha detido sua guarda judicial até os 21 anos;
- Neto(a), sem arrimo dos pais, de quem o contribuinte detenha a guarda judicial, com idade até 24 anos, se ainda estiver cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau, desde que o contribuinte tenha detido sua guarda judicial até os 21 anos;
- Bisneto(a), sem arrimo dos pais, de quem o contribuinte detenha a guarda judicial, com idade até 24 anos, se ainda estiver cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau, desde que o contribuinte tenha detido sua guarda judicial até os 21 anos;
- Irmão(ã) com deficiência, sem arrimo dos pais, do(a) qual o contribuinte detém a guarda judicial, em qualquer idade, quando a sua remuneração não exceder as deduções autorizadas por lei.
- Neto(a) com deficiência, sem arrimo dos pais, do(a) qual o contribuinte detém a guarda judicial, em qualquer idade, quando a sua remuneração não exceder as deduções autorizadas por lei.
- Bisneto(a) com deficiência, sem arrimo dos pais, do(a) qual o contribuinte detém a guarda judicial, em qualquer idade, quando a sua remuneração não exceder as deduções autorizadas por lei.
- Pai/Mãe, desde que não auferam rendimentos, tributáveis ou não, superiores ao limite de isenção mensal;
- Avô(ó), desde que não auferam rendimentos, tributáveis ou não, superiores ao limite de isenção mensal;
- Bisavó(a) desde que não auferam rendimentos, tributáveis ou não, superiores ao limite de isenção mensal;
- Menor pobre até 21 anos que o contribuinte crie e eduque e de quem detenha a guarda judicial;
- Pessoa absolutamente incapaz, da qual o contribuinte seja tutor ou curador.

Responsabilizo-me pela exatidão e veracidade das informações prestadas, ciente de que, se falsa a declaração, ficarei sujeito às penas da lei, nos termos do art. 299 do Código Penal, além de demais consequências na esfera cível e penal. Estou ciente, ainda, de que deverei comunicar ao IPREMT, de imediato, a ocorrência de qualquer fato que implique na alteração dos dados acima.

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Visto do(a) Responsável do IPREMT: _____