



# MANUAL DE APOSENTADORIA POR INVALIDEZ

Versão 1.2

## 1 – OBJETIVO DO MANUAL

Sistematizar o processo de Concessão de Aposentadoria Por Invalidez do Instituto de Previdência Municipal de Fazenda Rio Grande.

## 2 – LEGISLAÇÃO

- Artigo 40 da Constituição Federal; Emenda Constitucional nº 103/2019;
- Lei Municipal nº 168/2003 (Estatuto dos Servidores Públicos Municipais);
- Lei Municipal nº 70/2001;
- Lei Complementar Municipal nº 239/2023.
- Lei Municipal nº 135/2002
- Lei Municipal nº 1709/2023

## 3 – RESPONSABILIDADES

	Quem participa	Responsabilidades
1	Divisão de Medicina do Trabalho da Prefeitura Municipal de Fazenda Rio Grande (DMT)	Esta Divisão pertence à estrutura da Prefeitura Municipal de Fazenda Rio Grande, fazem a gestão dos processos de auxílio-doença enviando ao FAZPREV os casos em que há necessidade de realização de avaliação para verificar a necessidade de aposentadoria por invalidez
2	Médico Perito contratado pelo Instituto	Realiza Perícia Médica dos segurados encaminhados para avaliação pela Divisão de Medicina do Trabalho.



3	Divisão de Recursos Humanos da Prefeitura (DRH)	Elabora a Declaração de tempo de contribuição (DTC) nos casos que houver necessidade.
4	Setor de Atendimento	Realiza o atendimento inicial e a juntada de documentos do segurado.
5	Setor de Benefícios	Verifica a integra do processo quanto à documentação juntada e se os procedimentos foram cumpridos.
6	Procuradoria Jurídica	Emite parecer em todos os processos, expede ato de concessão, submete processo administrativo ao TCE-PR
7	Diretor Executivo	Fiscaliza o processo, nos termos do art. 20, XXI, da Lei nº 069/2001.
8	Diretor Presidente	Assina ato de concessão, analisa regularidade do processo
9	Setor de Folha de Pagamento	Lança na folha de pagamento
10	Setor de COMPREV	Verifica a possibilidade de compensação previdenciária; alimentando dados na “Planilha de Controle do COMPREV”

#### 4 - SIGLAS

RPPS – Regime Próprio de Previdência Social

RGPS – Regime Geral de Previdência Social

CTC - Certidão de Tempo de Contribuição

DTC - Declaração de Tempo de Contribuição

DMT - Divisão de Medicina do Trabalho

DRH - Divisão de Recursos Humanos da Prefeitura.

PMFRG – Prefeitura Municipal de Fazenda Rio Grande.

LPM- Laudo de Perícia Médica

GPM – Guia de perícia Médica.

TCE PR- Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**5 – DETALHAMENTO DO PROCESSO**

<b>Etapa</b>	<b>Atividade</b>	<b>Responsável</b>	<b>Detalhamento</b>
<b>1</b>	Verificação pericial para aposentadoria	D.M.T. e Setor de protocolo (FAZPREV)	<p>- Através de protocolo, a DMT comunica e encaminha ao FAZPREV para realização de perícia com o médico perito da Previdência Municipal - FAZPREV os servidores encaminhados pelo médico perito desta divisão, estando estes servidores com o requisito mínimo de:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>❖ 24 (vinte e quatro) meses ininterruptos em gozo do benefício de auxílio-doença (conforme art. 24 da Lei 070/2001);</li><li>❖ Independente de carência ao acidentado que, estando ou não em gozo de auxílio-doença, for considerado incapaz para o trabalho e insuscetível de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência (art. 87 da lei 70/2001).</li></ul> <p>- Após passarem por avaliação do médico perito desta divisão, são encaminhados via protocolo ao FAZPREV para verificação quanto à aposentadoria por invalidez;</p> <p>- O setor de atendimento recebe da DMT esta solicitação e encaminha o processo para análise do setor de benefícios.</p>
<b>2</b>	Análise administrativa	Setor de Benefícios	<p>- Após análise do setor de benefícios do FAZPREV conforme etapa 1, este setor entra em contato como médico perito contratado do RPPS para fins de agendamento das perícias médicas destes servidores encaminhados pela DMT;</p> <p>- Após, o setor de benefícios via protocolo comunica à DMT os agendamentos destas perícias para que a DMT posteriormente repasse este comunicado do agendamento ao servidor convocando-lhe para comparecer em data/horário agendados na sede do FAZPREV para realização de perícia</p>



			<p>médica com o médico perito do RPPS;</p> <p>- Neste protocolo, o setor de benefícios solicita à DMT a disponibilização do prontuário do servidor para verificação do médico perito do RPPS no dia e horário da perícia agendada no FAZPREV.</p>
3	Documentação e encaminhamento para análise	Setor de Benefícios	<p>- Para preenchimento do médico perito do RPPS é emitida a Guia de Perícia Médica (anexo 2) anexando o prontuário do servidor para análise do médico perito.</p>
4	Perícia Médica no RPPS	Médico Perito contratado pelo Instituto	<p>- Na data e horário agendado, o Médico perito do RPPS realiza a avaliação do servidor (a) emitindo seu parecer favorável ou contrário para a aposentadoria por invalidez.</p>
5	Verificação de dados do servidor no dia perícia médica	Setor de Benefícios	<p>- Por ocasião da presença do servidor na sede do Instituto de Previdência para realização da perícia médica, o setor de benefícios atende administrativamente ao servidor verificando se ele possui e deseja averbar períodos trabalhados anteriores ao RPPS FAZPREV, coletando/atualizando seus dados de contato junto ao FAZPREV, caso posteriormente houver a necessidade de instrução do processo de aposentadoria por invalidez;</p>
6	Comunicação à DMT do resultado da avaliação pericial no RPPS	Setor de Benefícios	<p>- O setor de benefícios comunica à DMT o resultado da avaliação do médico perito do FAZPREV;</p> <p>- Havendo resultado favorável para Aposentadoria Por Invalidez, a DMT deverá realizar avaliação pericial por junta médica do município e após enviar ao FAZPREV o laudo com as informações necessárias para a instrução do processo de aposentadoria (etapa 13).</p>
7	Encerramento do processo	Setor de Benefícios	<p>- Se o resultado do médico perito do FAZPREV for contrário à Aposentadoria por invalidez, o processo no FAZPREV será encerrado e será comunicado esta conclusão do médico perito para a DMT que se for o caso providenciará uma reavaliação do servidor e verificará possibilidades de readaptação ou permanência no auxílio-doença.</p>
8	Pedido de Certidão e/ou Declaração de tempo de contribuição	Setor de Benefícios	<p>- O setor de benefícios comunicará à DMT sobre o resultado da perícia médica favorável à aposentadoria por invalidez, observando a necessidade de a DMT manter o servidor em auxílio-doença aguardando os trâmites para emissão de CTC do INSS e/ou outro RPPS; (etapas 9 a 12).</p> <p>- Somente após esta emissão de certidão o FAZPREV realiza o protocolo de</p>



			<p>aposentadoria iniciando-se a Aposentadoria Por invalidez e cessando o benefício de auxílio-doença a partir do recebimento desta CTC e demais documentos do servidor;</p> <p>- O setor de benefícios auxiliará o servidor (a) nos trâmites necessários para esta averbação de períodos trabalhados.</p> <p>Caso não haja necessidade de DTC e CTC por motivo de averbação apenas do tempo vinculado ao regime próprio FAZPREV, segue para etapa n. 13.</p>
9	Orientação ao servidor para que solicite à DRH da PMFRG a DTC.	Setor de Atendimento	<p>- <b>Havendo períodos de vínculos trabalhados no Município de Fazenda Rio Grande com contribuição vertida ao INSS, o servidor deverá ser encaminhado para solicitar à DRH da PMFRG a Declaração de Tempo de Contribuição (DTC);</b></p> <p>- Após o retorno da DTC através do servidor, este documento é recebido e conferido pelo Setor de Atendimento, estando o documento correto é encaminhado para o setor de benefícios para realização do pedido de CTC ao INSS.</p>
10	Pedido de CTC ao INSS	Servidor/Setor de benefícios	<p>- Com a DTC devidamente emitida e assinada pela DRH da prefeitura, o setor de benefícios do FAZPREV faz contato com o servidor orientando-lhe para a realização do pedido de CTC ao INSS.</p> <p>- Este pedido de CTC poderá ser realizado apenas pelo servidor ou com o intermédio/auxílio do setor de benefícios que neste caso faz um atendimento previamente agendado com o servidor para esta solicitação.</p>
11	Acompanhamento do pedido de CTC no INSS	Servidor/Setor de benefícios	<p>- O servidor tem a obrigatoriedade de acompanhar junto ao INSS e/ou RPPS a emissão, finalização e/ou exigências/diligências e comunicar/solicitar ao FAZPREV qualquer necessidade de complementação e/ou retificação de dados se for o caso.</p> <p>- O setor de benefícios aguarda até a emissão da CTC. Após, confere se o documento está com dados corretos. Estando a CTC com todos os dados corretos para fins de averbação, o setor de benefícios faz a abertura do protocolo de aposentadoria por invalidez anexando toda a documentação. (segue etapa 13).</p>



12	Revisão de CTC	Setor de benefícios	<p>- Caso a CTC contenha erros que impeçam sua averbação junto ao FAZPREV, o setor de benefícios comunicará /orientará ao servidor para que providencie a revisão desta CTC.</p> <p>- Também deverá ser realizada a verificação de possível CTC emitida pelo FAZPREV, para averbação em outro regime de previdência, do tempo que o servidor está utilizando para aposentadoria. Constada que há CTC emitida deste período, o servidor requerente deve apresentar declaração do órgão de destino quanto à não utilização ou a exclusão do período controverso.</p>
13	Ficha Cadastral com dados pessoais para abertura do processo de aposentadoria/protocolo administrativo da aposentadoria por invalidez	Servidor/Setor de benefícios.	<p>- Após retorno (via protocolo) do laudo preenchido e assinado pela junta médica do município, o setor de benefícios agenda o atendimento presencial com o servidor para que ele apresente a documentação necessária (etapa 15) e registra o protocolo <b><u>da abertura do processo administrativo de aposentadoria por invalidez;</u></b></p> <p>- O(A) servidor(a) comparece ao Instituto de Previdência para efetivar sua aposentadoria por invalidez preenchendo e assinando a ficha cadastral com dados pessoais (anexo 1) e demais documentos portando os documentos listados no ANEXO 11.</p>
14	Preenchimento de planilha de controle	Setor de Benefícios	<p>- Daqui em diante preencher todas as informações relativas à aposentadoria na "Planilha de Controle de Benefícios" pelo (a) responsável técnico do setor de concessão.</p>
15	Análise e juntada da documentação	Setor de Benefícios	<p>- Após o preenchimento e a assinatura, a FICHA CADASTRAL deve ser digitalizada e anexada ao processo administrativo digital;</p> <p>- Os demais documentos listados no ANEXO 11, <b><u>que não tenham sido enviados pelo(a) servidor(a) anteriormente</u></b> devem ser digitalizados anexados ao protocolo de solicitação de aposentadoria pelo servidor técnico do FAZPREV. O laudo médico substitui o requerimento do Servidor nos processos</p>



			<p>de aposentadoria por invalidez, portanto, não há necessidade de ser anexado o requerimento.</p> <p>Caso no laudo da junta conste a informação sobre a necessidade de curatela, o responsável pelo servidor (a) deverá preencher e assinar a Declaração do <b>anexo 7</b> se comprometendo a apresentar este termo no prazo de até 30 dias. Após este prazo de 30 dias, não havendo apresentação ao FAZPREV do termo de curatela (provisório ou definitivo), este Instituto deverá notificar esta situação por ofício ao Ministério Público.</p>
16	Assinatura de Documentos/Declarações	Servidor	<p>- As seguintes Declarações/Documentos serão elaboradas pelo setor de benefício e assinadas pelo servidor, considerando a aplicabilidade conforme o que for informado pelo servidor (a) interessado pelo benefício:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Declaração sobre existência de Acúmulo de Cargo público e outro benefício previdenciário em atenção ao disposto do art. 37, § 10 da Constituição Federal; (anexo 4);</li><li>• Declaração sobre Existência ou Inexistência de dependentes (Anexo 5);</li><li>• Declaração de Atualização Cadastral e Ciência de Recadastramento (prova de vida) (Anexo 6);</li><li>• Declaração de ciência da curatela (se houver indicação de curatela no laudo médico) - (Anexo 7);</li><li>• <b>Ofício ao Ministério Público somente no caso em que após o prazo de 30 dias da ciência da curatela, o beneficiário e/ou seu curador não tenha apresentado o termo de curatela (provisório ou definitivo) ao FAZPREV;</b></li><li>• Declaração sobre Exercício de Atividade Remunerada para Aposentados por Invalidez (Anexo 8).</li><li>• Documento do órgão de classe o qual comprove a desvinculação/inativação, apenas nos casos em que o (a) servidor (a) possua cargo que tenha</li></ul>



			<p>registro ativo no respectivo órgão oficial de classe, a exemplo OAB para Advogado, CRC para Contadores, CRM para médicos, entre outros... Documento dispensável no caso do servidor (a) afirmar impossibilidade desta desvinculação por motivo de usufruto de benefícios (como plano de saúde e outros afins...) através de seu órgão de classe. Nesta situação deverá preencher a Declaração (anexo 9)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Autorização de Descontos em Folha de Pagamento (ANEXO 13):</b> o(a) servidor(a) autoriza ou não autoriza descontos referentes a mensalidade e outras retenções, se for o caso, em folha de pagamento para as seguintes instituições: Associações ASSMUF E ASSMEF e Sindicato SISMUF, bancos Caixa Econômica Federal, Confederação Sicredi e Banco Bradesco S.A.</li></ul>
17	Juntada de Documentos/Declarações	Setor de Benefícios	- Após a assinaturas estes documentos devem ser digitalizados e anexados ao processo administrativo digital.
18	Emissão de Certidão de tempo de Contribuição (CTC) do FAZPREV	Setor de Benefícios	- Considerando os tempos averbados para concessão do benefício (períodos do RPPS FAZPREV e/ou de outros regimes próprios (RPPS) e/ou do Regime Geral de Previdência Social (RGPS) com a devida comprovação mediante as certidões de tempo de contribuição destinadas ao FAZPREV e/ou ao município de Fazenda Rio Grande, será emitida a Certidão de Tempo de Contribuição (CTC) assinada por servidor e Dirigente (Diretor).
19	Análise da documentação para instrução do processo de aposentadoria por invalidez	Setor de Benefícios	- O setor de benefícios analisa os documentos apresentados e na sequência (etapa 18) envia para a Procuradoria Jurídica para parecer da legalidade do processo, para que informe qual será a regra de aposentadoria e qual será a forma de cálculo dos proventos (integral ou proporcional- média).
20	Especificação de dados bancários para recebimento do benefício	Servidor	O (a) servidor(a) preenche e assina a declaração de dados bancários (ANEXO 10) especificando a conta em que deseja



			receber os proventos de aposentadoria. - A declaração em questão deve ser digitalizada e anexada ao processo administrativo digital.
21	Encaminhamento para abertura de conta salário	Setor de Benefícios	- Orientar o (a) servidor (a) sobre a abertura de conta salário e vinculação de conta destino junto à CEF, entregando-lhe encaminhamento para tal fim (ANEXO 12). - Após a abertura de conta salário o (a) servidor (a), deve encaminhar ao FAZPREV comprovante, por WhatsApp ou presencialmente. - O comprovante de abertura de conta salário deve ser juntado ao processo de aposentadoria.
22	Análise e informação da regra de aposentadoria por invalidez	Procuradoria Jurídica	- A Procuradoria Jurídica analisa a legalidade do processo e, com base nas informações do laudo de perícia médica, se a doença consta no rol da legislação aplicável, e a data de admissão no serviço público, informa qual será a regra de aposentadoria por invalidez: ❖ Aposentadoria Por invalidez Proporcional – EC.70 e Art. 6º A EC. 41; ❖ Aposentadoria invalidez integral – EC.70 e Art. 6º A EC. 41; ❖ Aposentadoria por invalidez – Regra Art.40 - EC 41 – (admitidos a partir de 01/01/2004) invalidez permanente proventos proporcionais; ❖ Aposentadoria por invalidez – Regra art. 40 – EC 41 (admitidos a partir de 01/01/2004) por invalidez permanente proventos Integrais.
23	Análise do processo e verificação quanto o cálculo do benefício.	Procuradoria Jurídica	- Conforme a regra de aposentadoria, a procuradoria informa a forma de cálculo do benefício, se é com proventos integrais ou proporcionais informando também a forma de reajuste anual do benefício.
24	Realização do cálculo da aposentadoria	Setor de Benefícios	- Nesta etapa é realizado o cálculo do valor dos proventos de aposentadoria por invalidez, de acordo com informações provenientes do parecer jurídico. - Após a realização do cálculo, o setor de benefícios encaminha o processo para a Procuradoria Jurídica para fins de confecção do ato de concessão da aposentadoria.
25	Expede o ato de concessão	Procuradoria Jurídica	- A Procuradoria Jurídica confecciona ato de concessão da aposentadoria e envia para o Diretor Presidente assinar.



26	Fiscaliza o processo, nos termos do art. 20, XXI, da Lei nº 069/2001.	Diretor Executivo	<p>- O Diretor Executivo fiscaliza o benefício concedido e a conceder, propondo vetos quando necessários;</p> <p>- O processo é então enviado ao Diretor Presidente para assinatura.</p>
27	Assinatura do ato de concessão	Diretor Presidente	<p>- O Diretor Presidente analisa e assina o Ato de Concessão, enviando ao Setor de atendimento/ protocolo.</p>
28	Encaminhamento do ato de concessão para publicação no DOE municipal.	Protocolo/Setor de Atendimento	<p>- Para fins de publicação do Ato de Concessão na próxima edição do Diário Oficial do município será este enviado para o setor de Atos Oficiais da Prefeitura.</p> <p>- No retorno do Ato de Concessão publicado, este é juntado aos autos de aposentadoria e em <b>protocolo próprio enviado ao RH da Prefeitura para fins de ciência e acerto das verbas rescisórias e à DMT para cessação do benefício de auxílio-doença.</b></p>
29	Cadastramento na Folha de pagamento	Folha de pagamento	<p>- Através do sistema de protocolo, o processo é enviado para o setor de Folha de Pagamento do FAZPREV para inclusão do aposentado na folha de pagamento;</p> <p>- Deverá ser criado cadastro no sistema de folha de pagamento, preenchendo-se com todos os dados solicitados pelo sistema inclusive os dados bancários de conta salário para recebimento do benefício;</p> <p>- O setor de Recursos Humanos do FAZPREV recebe a informação do ato de concessão publicado e procede ao cadastramento deste novo aposentado no sistema de folha e planilha de controle;</p> <p>- Na sequência encaminha o processo à procuradoria Jurídica para providências quanto a <b>autuação do benefício no TCE PR através do SIAP APOSENTADORIA.</b></p>
30	Envio do Processo ao TCE-PR	Procuradoria Jurídica	<p>- O processo é enviado via sistema SIAP APOSENTADORIA ao Tribunal de Contas do Estado do Paraná para fins de registro do benefício e homologação;</p> <p>- Será anexado ao processo eletrônico do TCE-PR os demais documentos conforme Instrução Normativa n. 98/2014 do TCE PR :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Encaminhamento (protocolo/ofício/memorando) da Divisão de Medicina do Trabalho pelo qual o servidor é</li></ul>



			<p>encaminhado ao FAZPREV para aposentadoria por invalidez;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Laudo da Junta médica do Município, acompanhado do protocolo de encaminhamento da Divisão de Medicina do Trabalho.</li><li>• Certidão expedida pelo Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, referente ao período celetista e/ou certidão fornecida por outros regimes próprios de Previdência, nos termos da Portaria nº 1467/2022 do Ministério da Previdência Social – MPS, se aplicáveis ao caso;</li><li>• Cópia do último comprovante de remuneração do(a) servidor(a);</li><li>• Certidão Comprobatória do preenchimento dos requisitos para a percepção das vantagens, se for o caso, especificando a legislação correlata. A legislação deverá ser previamente cadastrada no Sistema Atoteca, disponível no site do Tribunal: <a href="http://www.tce.pr.gov.br">www.tce.pr.gov.br</a>;</li><li>• Declaração firmada pelo(a) servidor(a) de não percepção de proventos de aposentadoria de nenhum dos membros da Federação e dos alusivos a empregos públicos do Regime Geral da Previdência Social – RGPS, nem acúmulo de cargo, emprego ou função pública, ressalvados os casos permitidos pela Constituição Federal ou especificando o acúmulo quando for a hipótese;</li><li>• Nos casos de servidor(a) admitido(a) após a promulgação da Constituição Federal de 1988, informação no SIAP do número do processo no Tribunal de Contas que julgou legal a sua admissão ou, não sendo possível localizar essa informação, juntada de justificativa para a ausência;</li><li>• Ato de concessão da aposentadoria, constando o nome do(a) servidor(a), cargo até então ocupado, valor dos proventos e fundamentação constitucional e legal da concessão</li><li>• Publicação do ato de inativação, com indicação do nome do veículo e da respectiva data;</li></ul>
--	--	--	--



			<ul style="list-style-type: none"><li>• Cálculo da média aritmética, acompanhado do arquivo em csv, ou cálculo da aposentadoria integral;</li></ul> <p><b>Obs. 1: Todas as certidões e demais atos devem conter a indicação da legislação utilizada pertinente ao Regime Próprio de Previdência Social e à incorporação de vantagens;</b></p> <p><b>Obs. 2: nos casos de servidor(a) cujo ato de inativação esteja fundamentado em regras transitórias, que exijam determinada data de ingresso no serviço público e o(a) servidor(a) tenha se afastado das atividades, após essa data exigida para ingresso, por concessão de alguma licença sem remuneração, logo sem contribuição previdenciária, deverá ser anexado um documento comprobatório desse período de afastamento;</b></p> <p><b>Obs. 3: A última remuneração não pode conter verbas de auxílio-doença, licença ou outras verbas que alterem o valor do vencimento básico no mês. Em sendo o caso, deve-se informar em parecer como última remuneração a remuneração em que o cálculo da aposentadoria se baseou. Nos documentos, deve-se incluir o último contracheque e justificativa para o cálculo.</b></p> <p>- Após a submissão do Processo ao TCE-PR, a procuradoria emite o extrato de autuação junto ao TCE PR e na sequência envia o processo para o setor de atendimento para fins de encerramento.</p>
31	Cadastro da aposentadoria no sistema previdenciário	Folha de Pagamento	<p>A Folha de Pagamento deve preencher/atualizar o cadastro do novo benefício no sistema previdenciário do FAZPREV com as informações apresentadas pelo (a) servidor (a) com atenção ao índice já utilizado no cálculo do benefício</p> <p>- Neste cadastro devem ser registradas todas as informações referentes ao benefício (valor do benefício, data de concessão, número do ato de concessão, regra de aposentadoria, número do extrato de autuação junto ao TCE, etc.);</p> <p>. Assim como deve ser preenchida, obrigatoriamente, a planilha de controle da folha que serve de base para o reajustamento anual, pelo responsável por esta inclusão do (a) aposentado (a) na folha de pagamento.</p> <p>- Após a realização do cadastro, o processo deve ser enviado ao Setor de COMPREV.</p>



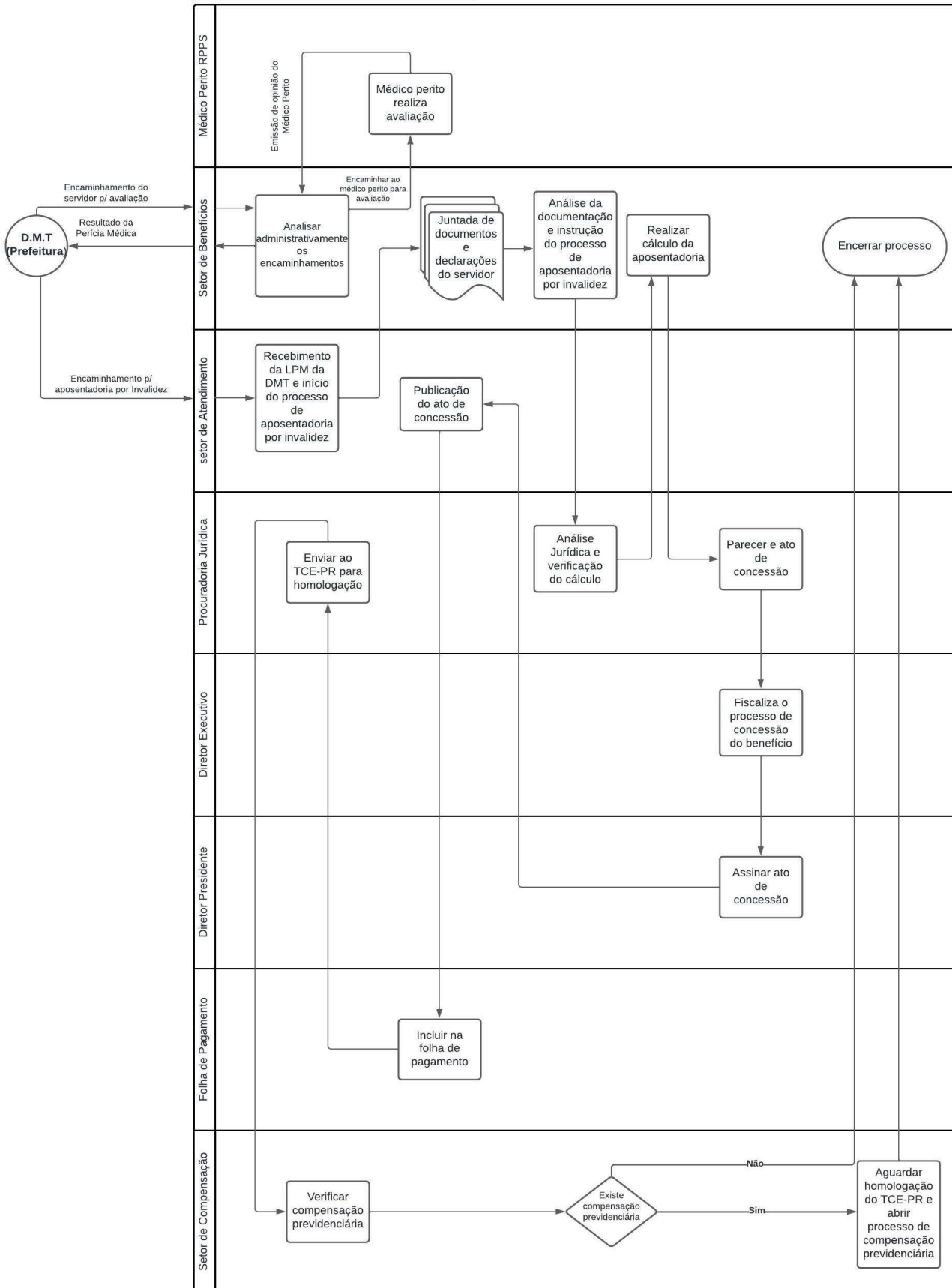
32	Verificação da possibilidade de compensação previdenciária, encerramento e arquivamento do Processo	Setor de COMPREV	<ul style="list-style-type: none"><li>- O servidor do FAZPREV responsável pelo Setor de COMPREV deve aferir a necessidade ou não de se solicitar compensação previdenciária. Em caso de conclusão positiva da análise, deverá ser aberto protocolo próprio para que se proceda à referida solicitação;</li><li>- O Setor de COMPREV então emite parecer definitivo, encerra e arquiva o processo administrativo de concessão de aposentadoria;</li><li>- Nesta etapa, o procedimento é finalizado</li></ul>
----	---	------------------	---

Os casos omissos serão avaliados pela diretoria executiva quanto a resolução.



6 – FLUXOGRAMA DO PROCESSO

Fluxo de Processo da Aposentadoria por Invalidez





ANEXO 1 – Ficha Cadastral



FAZPREV

Instituto de Previdência Municipal de Fazenda Rio Grande  
CNPJ 05.145.721/0001-03

Ficha Cadastral do Aposentado (a) por invalidez

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Escolaridade \_\_\_\_\_ ( ) completo ( ) incompleto

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Raça/ Etnia: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Índigena

R.G. \_\_\_\_\_, Data de Expedição \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_

Escolaridade \_\_\_\_\_, ( ) completo (incompleto)

PIS / PASEP \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

nº \_\_\_\_\_, complemento \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_

Município \_\_\_\_\_, Estado (U.F.) \_\_\_\_\_

E-mail (em caixa alta) \_\_\_\_\_

Telefone (residencial) \_\_\_\_\_

(celular) \_\_\_\_\_

(recado) \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_

Matrícula (s) \_\_\_\_\_

Declaro que estou ciente de que estou sendo aposentado (a) por invalidez neste Instituto conforme Laudo Pericial da Junta Médica Pericial do Município de Fazenda Rio Grande e Lei Municipal n.070/2001.

Fazenda Rio Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do servidor (a)



**ANEXO 2 – Guia de Perícia Médica**



**FAZPREV**  
Instituto de Previdência Municipal de Fazenda Rio Grande  
G.P.M. - GUIA PERÍCIA MÉDICA.

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR			
1. MATRÍCULA	2. NOME	3. SEXO	4. ESTADO
5. ENDEREÇO	6. CARGO OU FUNÇÃO	7. READAPTADO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	8. DATA INÍCIO ÚLTIMA LICENÇA – Nº. DIAS <b>AVALIAÇÃO PARA APOSENTADORIA</b>
INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS SOBRE A PERÍCIA			
9. TIPO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input checked="" type="checkbox"/> EX-OFFICIO	10. FINALIDADE <input checked="" type="checkbox"/> INICIAL <input type="checkbox"/> PRORROGAÇÃO	11. MOTIVO DA PERÍCIA <input type="checkbox"/> AUXÍLIO DOENÇA <input checked="" type="checkbox"/> APOSENTADORIA	
12. DATA E RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO Fazenda Rio Grande de		Assinatura do Responsável	
RELATÓRIO DE EXAME MÉDICO PERICIAL			
13. CAUSA DO AFASTAMENTO			
14. HISTÓRIA DA DOENÇA			
15. ANTECEDENTES PESSOAIS			
16. ESTADO DE NUTRIÇÃO E ASPECTO GERAL			
17. SÍMBOLO ALTURA ..... PESO ..... TEMPERATURA ..... PULSO RADIAL ..... PRESSÃO ARTERIAL – MAX ..... MIN .....			
18. EXAMES DIVERSOS			
[A][B] TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO – PÉLE E FÂNEROS		[A][B] APARELHO OSTEO-ARTICULAR LIGAMENTOS	
[A][B] APARELHO CIRCULATÓRIO		[A][B] APARELHO HEMOLINFOPOÉTICO	
[A][B] APARELHO RESPIRATÓRIO		[A][B] ÓRGÃOS DOS SENTIDOS	
[A][B] APARELHO DIGESTIVO		[A][B] SISTEMA NERVOSO	
[A][B] APARELHO GENITO URINÁRIO		[A][B] EXAME MENTAL	
[A][B] APARELHO ENDÓCRINO		[A][B] OUTROS	
[A] – EXAMES REALIZADOS ESPECIFICIDADES		[B] – EXAMES REALIZADOS RELACIONADOS ABA	
19. RELATÓRIO – DADOS OBJETIVOS – CAPACIDADE FUNCIONAL – ESTÁTICA E DINÂMICA			
20. REQUISITOS INDISPENSÁVEIS			
21. DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO			
PARECER MÉDICO			
22. CONCLUSÃO			
RECOMENDO = 1. SEJA AFASTADO POR ..... (.....) DIAS A PARTIR DE ...../...../.....			
2. ALTA MÉDICA <input type="checkbox"/> RETORNO AO TRABALHO COM RESTRIÇÃO (VER 21) <input type="checkbox"/> COM READAPTAÇÃO <input type="checkbox"/>			
DATA DA PERÍCIA ...../...../.....		CID - .....	
<small>Assinatura e carimbo com CRM</small>			



# INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE FAZENDA RIO GRANDE



## FAZPREV

Instituto de Previdência Municipal de Fazenda Rio Grande  
C.R.P.M. – COMUNICAÇÃO RESULTADO PERÍCIA MÉDICA

### IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

1. MATRÍCULA	2. NOME	3. SEXO	4. ESTADO CIVIL
--------------	---------	---------	-----------------

O resultado da Perícia Médica a que o segurado acima se submeteu, nesta data, para fins de benefício por incapacidade, será comunicado dentro de 48 horas via telefone, e, também estará a disposição neste Instituto no mesmo período.

Nesta data, o segurado será informado também sobre a data da próxima perícia.

Para que este contato seja realizado é necessário que o servidor confirme endereço e telefone, sendo que a falta destes dados corretos poderá acarretar em alta automática



## FAZPREV

Instituto de Previdência Municipal de Fazenda Rio Grande  
C.R.P.M. – COMUNICAÇÃO RESULTADO PERÍCIA MÉDICA

### IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

1. MATRÍCULA	2. NOME	3. SEXO	4. ESTADO CIVIL
5. UNIDADE FUNCIONAL	6. CARGO OU FUNÇÃO	7. RETORNO AO TRABALHO: COM READAPTAÇÃO <input type="checkbox"/> COM RESTRIÇÃO <input type="checkbox"/>	

O resultado da Perícia Médica a que o segurado acima se submeteu, nesta data, para fins de benefício por incapacidade, está indicado na conclusão abaixo

<b>CONCLUSÃO TIPO 1</b> <b>NÃO EXISTE INCAPACIDADE PARA O TRABALHO</b> Retornar as atividades em: ...../...../.....	<b>CONCLUSÃO TIPO 2</b> <b>EXISTE INCAPACIDADE PARA O TRABALHO</b> <b>Até:</b> ...../...../..... <b>OBSERVAÇÃO:</b> A presente comunicação vale também - depois da data indicada acima, como "Certificado de Capacidade"
<b>CONCLUSÃO TIPO 3</b> <b>NÃO EXISTE INCAPACIDADE PARA O TRABALHO</b> <b>POR MOTIVO DE MOLESTIA, O CASO SE ENQUADRA NO ART. 393 DA CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO</b>	<b>CONCLUSÃO TIPO 4</b> <b>EXISTE INCAPACIDADE PARA O TRABALHO</b> <b>A DATA DA REALIZAÇÃO DA PRÓXIMA PERÍCIA DEVERÁ SER OBTIDA JUNTO AO FAZPREV.</b>

DATA DA PERÍCIA ...../...../.....	
..... ASSINATURA DO SEGURADO	..... MÉDICO PERITO



ANEXO 3 – Laudo Perícia Médica (L.P.M.)

L.P.M. - LAUDO PERÍCIA MÉDICA			
<b>IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR</b>			
1. MATRÍCULA	2. NOME	3. DATA NASCIMENTO	4. IDADE
5. ENDEREÇO DO SERVIDOR			
6. UNIDADE FUNCIONAL	7. CARGO OU FUNÇÃO	8. FINALIDADE DA PERÍCIA AVALIAÇÃO PARA APOSENTADORIA POR INVALIDEZ	
9. DESCRIÇÃO RESUMIDA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS			
10. DATA E RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO Fazenda Rio Grande de de 2024. <p style="text-align: right;">Assinatura do responsável</p>			
<b>RELATÓRIO DE EXAME MÉDICO PERICIAL</b>			
11. QUESTÕES		5. A incapacidade decorre de acidente do trabalho? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
1. Está o examinado incapacitado para o trabalho? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		6. Em caso de exame para constatação de invalidez. 6.1. Há invalidez permanente? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
2. Em caso de resposta afirmativa ao quesito 1. 2.1. É suscetível de recuperação para a mesma função? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		6.2. Desde quando? ..... / ..... / ..... DIA MÊS ANO	
2.2. É suscetível de reabilitação para outra atividade? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		6.3. <u>Necessita</u> constituição de curador? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
3. Em caso de resposta negativa ao quesito 1. 3.1. A incapacidade para o trabalho é? PARCIAL <input type="checkbox"/> TOTAL <input type="checkbox"/>		6.4. O(a) servidor(a) está incapacitado(a) para os atos da vida civil? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
3.2. Está o examinado apto para exercício de trabalho diverso do que habitualmente exercia? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>			
4. Qual a data provável da cessação da incapacidade? ..... / ..... / ..... DIA MÊS ANO			
12. RELATÓRIO – DADOS OBJETIVOS – CAPACIDADE FUNCIONAL – ESTÁTICA E DINÂMICA			
.....			
.....			
.....			
13. <u>DIAGNÓSTICO FINAL</u>			
.....			
.....			
<b>PARECER CONCLUSIVO DA JUNTA MÉDICA</b>			
14. A doença a qual incapacita o (a) servidor (a) está no rol das doenças graves incapacitantes previstas na Lei Municipal nº 135/2002 de 27/09/2002? SIM <input type="checkbox"/> Qual? ..... <input type="checkbox"/> NÃO			
15. CID: .....			
16. A doença a qual incapacita o servidor é ( ) Grave ( ) Incapacitante ( ) Incurável			
17. CONCLUSÃO			
Recomendamos para o examinado: <input type="checkbox"/> READAPTAÇÃO FUNCIONAL <input type="checkbox"/> RETORNO AO TRABALHO <input type="checkbox"/> APOSENTADORIA POR INVALIDEZ			
Data da Perícia Médica: ..... / ..... / ..... CID .....			
Assinatura e carimbo com CRM		Assinatura e carimbo com CRM	
Assinatura e carimbo com CRM		Assinatura e carimbo com CRM	



## ANEXO 4 Declaração sobre Acúmulo de Cargo público e outro benefício previdenciário

### DECLARAÇÃO SOBRE ACÚMULO DE BENEFÍCIO PREVIDENCIÁRIO

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a)  
do RG nº \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_,  
em atenção ao disposto no art. 37,§ 10 da Constituição Federal, declaro que:

( ) **NÃO** acumulo outro cargo público;  
( ) **ACUMULO** outro cargo público na entidade: \_\_\_\_\_ no  
cargo/função: \_\_\_\_\_ (se em Fazenda Rio Grande, matrícula:  
\_\_\_\_\_).

Declaro, ainda, que:

( ) **NÃO** recebo aposentadoria/pensão de outro regime de previdência.  
( ) **RECEBO** aposentadoria/pensão de outro regime de previdência.

E no caso de receber aposentadoria/pensão de outro regime de previdência, declaro:

Tipo de Benefício:	<input type="checkbox"/> Aposentadoria	<input type="checkbox"/> Pensão	
Ente de origem:	<input type="checkbox"/> Estadual	<input type="checkbox"/> Municipal	<input type="checkbox"/> Federal
Tipo de Servidor:	<input type="checkbox"/> Civil	<input type="checkbox"/> Militar	
Data de Início do Benefício no Outro Regime:			
Nome do Órgão da Pensão/Aposentadoria:			
Última Remuneração Bruta:	R\$	Mês/Ano:	

\* Última remuneração bruta sem considerar valores de 13º salário (abono atual).

Tipo de Benefício:	<input type="checkbox"/> Aposentadoria	<input type="checkbox"/> Pensão	
Ente de origem:	<input type="checkbox"/> Estadual	<input type="checkbox"/> Municipal	<input type="checkbox"/> Federal
Tipo de Servidor:	<input type="checkbox"/> Civil	<input type="checkbox"/> Militar	
Data de Início do Benefício no Outro Regime:			
Nome do Órgão da Pensão/Aposentadoria:			
Última Remuneração Bruta:	R\$	Mês/Ano:	

\* Última remuneração bruta sem considerar valores de 13º salário (abono atual).

Tipo de Benefício:	<input type="checkbox"/> Aposentadoria	<input type="checkbox"/> Pensão	
Ente de origem:	<input type="checkbox"/> Estadual	<input type="checkbox"/> Municipal	<input type="checkbox"/> Federal
Tipo de Servidor:	<input type="checkbox"/> Civil	<input type="checkbox"/> Militar	
Data de Início do Benefício no Outro Regime:			
Nome do Órgão da Pensão/Aposentadoria:			
Última Remuneração Bruta:	R\$	Mês/Ano:	

\* Última remuneração bruta sem considerar valores de 13º salário (abono atual).



A Emenda Constitucional nº 103 de 12 de novembro de 2019, no § 1º do art. 24 prevê que a acumulação de pensão por morte com outro benefício fica sujeita à redução do valor daquele menos vantajoso nas seguintes situações:

I - Pensão por morte deixada por cônjuge ou companheiro do RGPS com pensão por morte concedida por outro regime de previdência social, inclusive as decorrentes das atividades militares; e

II - Pensão por morte deixada por cônjuge ou companheiro de qualquer regime de previdência social, inclusive as decorrentes das atividades militares, com aposentadoria concedida por qualquer regime de previdência social ou com proventos de inatividade decorrentes das atividades militares.

A declaração falsa ou diversa de fato ou situação real ocorrida, além de obrigar à devolução de eventuais importâncias recebidas indevidamente, quando for o caso, sujeitar-me-4 s penalidades previstas nos art. 171 e 299 do Código Penal.

Por ser verdade, dato e assino a presente declaração.

Fazenda Rio Grande, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

---

Assinatura do Declarante

**ANEXO 5 – Declaração sobre Existência ou Inexistência de dependentes****DECLARAÇÃO SOBRE EXISTÊNCIA DE DEPENDENTES**

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_ e inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, declaro ao Instituto de Previdência Municipal de Fazenda Rio Grande, para os devidos fins do processo de pedido de aposentadoria, para minha matrícula nº \_\_\_\_\_, declaro que:

**NÃO** possuo dependentes para fins previdenciários;

**POSSUO** dependentes para fins previdenciários, conforme dados a seguir:

NOME DO DEPENDENTE				
CPF			RG	
DATA DE NASCIMENTO			PIS/PASEP/NIS/NIT	
TÍTULO DE ELEITOR		ZONA	SEÇÃO	
NOME DA MÃE				
DECLARO PARA FINS DE I.R.R.F	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	GRAU DE PARENTESCO	

NOME DO DEPENDENTE				
CPF			RG	
DATA DE NASCIMENTO			PIS/PASEP/NIS/NIT	
TÍTULO DE ELEITOR		ZONA	SEÇÃO	
NOME DA MÃE				
DECLARO PARA FINS DE I.R.R.F	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	GRAU DE PARENTESCO	

NOME DO DEPENDENTE				
CPF			RG	
DATA DE NASCIMENTO			PIS/PASEP/NIS/NIT	
TÍTULO DE ELEITOR		ZONA	SEÇÃO	
NOME DA MÃE				
DECLARO PARA FINS DE I.R.R.F	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	GRAU DE PARENTESCO	

Por ser verdade, dato e assino a presente.

Fazenda Rio Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA DO DECLARANTE**



**ANEXO 6 – Declaração de Atualização Cadastral e Ciência de Recadastramento (prova de vida);**

**DECLARAÇÃO SOBRE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL E CIÊNCIA DE RECADASTRAMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_ e inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, declaro ao Instituto de Previdência Municipal de Fazenda Rio Grande, para os devidos fins do processo de pedido de aposentadoria, para minha matrícula \_\_\_\_\_, que a partir desta data deverei manter meu cadastro atualizado junto ao Instituto de Previdência Municipal de Fazenda Rio Grande e comparecer a cada 5 (cinco) anos para recadastramento mediante prévia convocação.

E, para fazer constar, firmo a presente Declaração, que vai datada e assinada.

Fazenda Rio Grande, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA DO DECLARANTE**



**ANEXO 7 - Declaração de ciência sobre curatela (se for o caso de curatela)**

**DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA SOBRE CURATELA  
DO APOSENTADO POR INVALIDEZ**

Eu, ....., portador do RG sob nº ..... inscrito no CPF sob o nº .....  
....., na qualidade de (informar parentesco) da senhora  
..... CPF sob o nº ....., considerando o encaminhamento  
deste para Aposentadoria por Invalidez conforme laudo de perícia médica da junta médica  
da Prefeitura Municipal de Fazenda Rio Grande, datado de .../.../..... (anexar laudo médico  
junta), DECLARO que recebi a devida orientação do Instituto de Previdência Municipal de  
Fazenda Rio Grande, referente à necessidade de haver a curatela. Declaro ainda estar ciente  
do prazo de 30 (trinta) dias a contar do recebimento desta para apresentar o termo de  
curatela, provisório ou definitivo, perante o Instituto de Previdência Municipal de Fazenda  
Rio Grande.

Declaro ciência de que após este prazo, caso o termo de curatela não seja apresentado, o  
Instituto de Previdência Municipal de Fazenda Rio Grande oficiará o Ministério Público  
sobre esta situação.

Fazenda Rio Grande, .... de ..... de 202.....

\_\_\_\_\_  
**Nome /Assinatura**



**ANEXO 8 - Declaração sobre Exercício de Atividade Remunerada para Aposentados por Invalidez**

**DECLARAÇÃO SOBRE EXERCÍCIO DE ATIVIDADE REMUNERADA PARA APOSENTADOS POR INVALIDEZ**

Eu, XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, portadora do RG nº XXXXXXXXXXXX SSP/PR e inscrita no CPF sob o nº XXXXXXXXXXXX, declaro para fins de recadastramento anual no processo de aposentadoria por invalidez no Instituto de Previdência Municipal de Fazenda Rio Grande – FAZPREV que não exerço nenhuma atividade remunerada regular ou esporádica, ciente também de que não poderei exercer nenhuma atividade remunerada paralela ao usufruto e recebimento de proventos de aposentadoria por invalidez. Declaro ainda serem estas informações verdadeiras e afirmo estar ciente de que quaisquer omissões ou declarações falsas são puníveis criminalmente nos termos do artigo 299 do Código Penal Brasileiro, sem prejuízo ainda de responsabilização nas esferas civil e administrativa, e desde já autorizo a verificação e confirmação das informações por mim apresentadas.

Fazenda Rio Grande, XX de XXXXXXXX de XXXXX.

---

**Nome / assinatura**



**ANEXO 9 - Declaração sobre Impossibilidade de Desvinculação ao Órgão de Classe**

**Declaração sobre Impossibilidade de Desvinculação ao Órgão de Classe**

Eu, ....., portador do RG sob nº ..... inscrito no CPF sob o nº ....., por motivo de meu processo neste Instituto referente à minha aposentadoria por invalidez no cargo..... na matrícula....., DECLARO a impossibilidade de desvinculação ao órgão de classe o qual pertença .....(descrever o nome do órgão de classe) por motivo de usufruir através dele os seguintes benefícios .....(especificar benefícios tais como Plano de Saúde e outros).

Declaro ainda ciência de que apesar de manter ativo meu vínculo com este órgão de classe, não poderei exercer nenhuma atividade remunerada paralela ao usufruto e recebimento de proventos de aposentadoria por invalidez.

Declaro ainda serem estas informações verdadeiras e afirmo estar ciente de que quaisquer omissões e declarações falsas são puníveis criminalmente nos termos do artigo 299 do Código Penal Brasileiro, sem prejuízo ainda de responsabilização nas esferas civil e administrativa, e desde já autorizo a verificação e confirmação das informações por mim apresentadas.

Fazenda Rio Grande, .... de ..... de 202.....

\_\_\_\_\_  
**Nome /Assinatura**



**ANEXO 10 - DECLARAÇÃO DE DADOS BANCÁRIOS**



**FAZPREV**  
Instituto de Previdência Municipal de Fazenda Rio Grande  
CNPJ 05.145.721/0001-03

<b>DADOS BANCÁRIOS</b>			
NOME COMPLETO:			
IDENTIDADE (R.G)	ÓRGÃO EXPEDIDOR /DATA DE EXPEDIÇÃO	PIS/PASEP	
DATA DE NASCIMENTO	TELEFONE	CPF	
NOME DO PAI:			
NOME DA MÃE:			
<b>ENDEREÇO</b>			
RUA:	nº	Bairro:	
CEP:	Município:	UF:	
SITUAÇÃO: (ASSINALAR ABAIXO)			
<input type="checkbox"/> Servidor Ativo		<input type="checkbox"/> Exonerado	
<input type="checkbox"/> Aposentado		<input type="checkbox"/> Pensionista ou Representante de menor pensionista.	
Informar Inclusão ou alteração de dados bancários para pagamento de benefício previdenciário:			
Banco:	Agência:	Conta:	( ) CORRENTE
			( ) POUPANÇA
FAZENDA RIO GRANDE, _____ de _____ de 202__			
ASSINATURA: _____			
FAZPREV - Fone (41) 3995-2146 – fazprev@fazprev.com.br - www.fazprev.com.br			
Avenida Das Araucárias 177, sala 105, Bairro Eucaliptos – CEP 83.820-071 – Fazenda Rio Grande – PR.			



**ANEXO 11**

**- DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA O PROCESSO DE APOSENTADORIA:**

- Laudo Perícia Médica (L.P.M) preenchido e assinado pela Junta Médica do Município, documento encaminhado pela Divisão de Medicina do Trabalho da Prefeitura;
- Cópia dos documentos pessoais (RG, CPF, PIS/PASEP, Título de Eleitor);
- Cópia do Último comprovante de Pagamento (holerite);
- Caso receba de outro Regime Previdenciário algum benefício de Pensão por morte, cópia do último comprovante de pagamento (holerite) deste benefício;
- Cópia de Comprovante de Endereço – (Atualizado);
- Requerimento preenchido e assinado pelo requerente no qual apresenta seus dados bancários (anexo 16) informando nome do banco, número da conta e informar se é corrente ou poupança, para recebimento do benefício;
- Certidão de Tempo de Contribuição do Regime Geral de Previdência Social - RGPS, emitida pelo INSS, caso o (a) servidor (a) tenha ingressado no serviço Público de F.R.G, antes de 31/03/2002, data de criação do FAZPREV, ou em casos que ele opte por averbação de outros tempos para o cálculo de média do provento de aposentadoria, se for o caso;
- Certidão de Tempo de Contribuição de outro Regime Próprio de Previdência, se for o caso;
- Ficha funcional e **registro de sua admissão junto ao TCE-PR** (solicitados junto ao RH da Prefeitura).

**Se houver Dependentes:**

- Cópia de Certidão de Casamento ou União Estável conforme a situação ou para comprovação do vínculo e da dependência econômica, conforme o caso. Podem ser apresentados os documentos, no mínimo 03 (três), daqueles elencados no § 7º do art. 11 da lei municipal 070/2001;
- Cópia do RG, CPF e PIS/PASEP do cônjuge ou companheiro (a);
- Cópia de Certidão de Nascimento de filhos menores de 21 anos se houver;
- Dos dependentes menores apresentar CPF, RG, NIS caso não haja registro no PIS, ou informar o número do PIS caso tenha Carteira de trabalho CTPS



## INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE FAZENDA RIO GRANDE

### ANEXO 12 - ENCAMINHAMENTO PARA ABERTURA DE CONTA SALÁRIO



## INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE FAZENDA RIO GRANDE

**05.145.721/0001-03**

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL  
DE FAZENDA RIO GRANDE  
FAZPREV

Avenida Araucárias, 177, Sala 105 - Eucaliptos -  
Fazenda Rio Grande - PR, CEP: 83.820-071

À CAIXA ECONÔMICA FEDERAL,

Encaminho o Sr.(a) \_\_\_\_\_, CPF nº  
\_\_\_\_\_, para abertura de **CONTA SALÁRIO**, vinculada ao  
Instituto de Previdência Municipal de Fazenda Rio Grande - FAZPREV, CNPJ  
05.145.721/0001-03, para recebimento dos proventos de:

APOSENTADORIA

PENSÃO POR MORTE

**E posterior vinculação de conta destino a ser informada pelo titular.**

Fazenda Rio Grande, de \_\_\_\_\_ de 2025.

\_\_\_\_\_  
**NOME SERVIDOR(A):**

**MATRÍCULA:**

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE FAZENDA RIO GRANDE

\_\_\_\_\_  
Avenida das Araucárias, 177 Salas 105/106 1º Andar – Bairro Eucaliptos – CEP  
83.820-071 –

Fazenda Rio Grande – PR [fazprev@fazprev.com.br](mailto:fazprev@fazprev.com.br) [www.fazprev.com.br](http://www.fazprev.com.br)



**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE FAZENDA RIO GRANDE**



**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE FAZENDA RIO GRANDE**

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ABERTURA DE CONTA SALÁRIO**

- RG
- CPF
- COMPROVANTE DE ENDEREÇO

---

Avenida das Araucárias, 177 Salas 105/106 1º Andar – Bairro Eucaliptos – CEP  
83.820-071 –

Fazenda Rio Grande – PR [fazprev@fazprev.com.br](mailto:fazprev@fazprev.com.br) [www.fazprev.com.br](http://www.fazprev.com.br)



**ANEXO 13 - AUTORIZAÇÃO DE DESCONTOS EM FOLHA DE PAGAMENTO**

**AUTORIZAÇÃO DE DESCONTOS EM FOLHA DE PAGAMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_ CPF

\_\_\_\_\_

( ) AUTORIZO

( ) NÃO AUTORIZO

descontos referentes a mensalidade e outras retenções, se for o caso, em folha de pagamento para as seguintes instituições:

**Associação e Sindicatos**

( ) Associação de Servidores Municipais Fazenda Rio Grande – ASSMUF

( ) Associação dos Trabalhadores Municipais em Educação Pública de Fazenda Rio Grande – ASSMEF

( ) Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Fazenda Rio Grande – SISMUF

**Consignados**

( ) Caixa Econômica Federal – CEF

( ) Confederação Sicredi

( ) Banco Bradesco S.A.

Declaro que me comprometo a acompanhar mensalmente os valores descontados e informar ao Instituto de Previdência Municipal de Fazenda Rio Grande/FAZPREV qualquer alteração quanto à opção selecionada neste documento.

Declaro ainda serem estas informações verdadeiras e afirmo estar ciente que qualquer omissão ou declaração falsa será punível nos termos do artigo 299 do Código Penal Brasileiro. Autorizo também a verificação pelo FAZPREV dos dados por mim apresentados junto as instituições assinaladas.

Fazenda Rio Grande/PR, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura



# INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE FAZENDA RIO GRANDE

ASSINADO DIGITALMENTE

**ANDERSON GABRIEL HOSHINO**

A conformidade com a assinatura pode ser verificada em:  
<http://serpro.gov.br/assinador-digital>



Aprovado por:	<b>ANDERSON GABRIEL HOSHINO</b> Diretor Presidente	Em: __/__/__.
---------------	---	---------------