ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS
GABINETE DO PREFEITO

DECRETO N.º 5981, DE 28 DE JANEIRO DE 2011.

EMENTA: *Disciplina o Recadastramento Anual dos beneficiários do regime próprio de Previdência do Município de Duque de Caxias e dá outras providências.*

O PREFEITO MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS,
usando de atribuição legal,

D E C R E T A :

Art. 1° - Os Servidores Públicos Inativos do Município de Duque de Caxias 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 neste Decreto.*

Art. 2° - Cabe ao Instituto de Previdência dos Servidores Públicos do Município de Duque de Caxias (IPMDC) a coordenação e a operacionalização do Recadastramento, que se dará no período compreendido entre os dias 14 de fevereiro e 13 de maio de 2011, conforme cronograma abaixo:

Atividade	*Período*
Atendimento regular aos Segurados na sede do IPMDC	*14/02/2011 a 29/04/2011*
Atendimento Domiciliar aos Segurados	*14/02/2011 a 29/04/2011*
Atendimento Extraordinário aos Segurados que não comparecerem ao atendimento regular	*02/05/2011 a 13/05/2011*

§ 1° - Encerrado o prazo para o atendimento regular e domiciliar aos Segurados abrangidos pelo Recadastramento 2011, o IPMDC deverá encaminhar telegrama ou manter contato telefônico com os Segurados que não atenderam ao Recadastramento, alertando-os, expressamente, para as penalidades do não comparecimento previstas neste Ato.

§ 2° - O atendimento aos Segurados abrangidos pelo Recadastramento 2011 se dará na Sede do IPMDC, à Rua José de Alvarenga, n° 462 – Centro, Duque de Caxias/RJ, de segunda a sexta-feira, conforme o calendário estabelecido neste Decreto, no horário compreendido entre as 8:00 e as 17:00 horas.

Art. 3° - O atendimento regular aos Segurados abrangidos pelo Recadastramento 2011 se dará, com base na letra inicial de seu prenome, na forma do Calendário abaixo:

Letra Inicial	*Período de Atendimento*
A	*DE 14/02/2011 A 18/02/2011*
B, C e D	*DE 21/02/2011 A 25/02/2011*
E e F	*DE 28/02/2011 A 04/03/2011*
G, H e I	*DE 14/03/2011 A 18/03/2011*
J, K e L	*DE 21/03/2011 A 25/03/2011*
M	*DE 28/03/2011 A 08/04/2011*
N, O, P, Q e R	*DE 11/04/2011 A 15/04/2011*
S, T e U	*DE 18/04/2011 A 22/04/2011*
V, W, X, Y e Z	*DE 25/04/2011 A 29/04/2011*

Art. 4º - 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.

Parágrafo Único - Adicionalmente aos documentos arrolados nos incisos I a III, os Segurados que forem beneficiários de Aposentadoria mantida pelo IPMDC deverão apresentar, ainda:

I - Carteira de Trabalho e Previdência Social;
II - Comprovante de Inscrição no PIS/PASEP.

Art. 5° - 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 Duque de Caxias, emitidos em data não anterior a 1° de novembro de 2010.

Art. 6° - O IPMDC disponibilizará atendimento domiciliar ou em estabelecimento de saúde aos Segurados abrangidos pelo Recadastramento 2011 que possuam dificuldade de locomoção, mediante agendamento prévio por comunicação telefônica, observada antecedência mínima de 3 (três) dias úteis.

§ 1° - Além da presença de Cadastrador, o atendimento domiciliar previsto no caput deverá ser acompanhado por Assistente Social.

§ 2° - 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.

§ 3° - O Segurado que não apresentar o atestado médico mencionado no § 2° será avaliado por Assistente Social, que emitirá Parecer Social avaliando

Art. 7° - O Segurado que resida fora do Município de Duque de Caxias poderá requerer o envio do Formulário de Recadastramento por via postal ou correio eletrônico, devendo encaminhá-lo em retorno ao IPMDC, necessariamente por meio de Carta Registrada, assinado e com firma reconhecida em Cartório por autenticidade, juntamente com os documentos arrolados no art. 3°.

Art. 8° - O Segurado abrangido pelo Art. 1° que não atender ao Recadastramento 2011, até o prazo final estabelecido no art. 2°, terá retido o pagamento dos proventos de aposentadoria ou da pensão por morte, até a regularização de sua situação junto ao IPMDC.

Art. 9° - O Recadastramento 2011 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 da Administração Pública dos Poderes Executivo e Legislativo do Município de Duque de Caxias;
IV. divulgação de mensagem anexa ao comprovante de rendimentos dos segurados referente ao benefício dos meses de janeiro, fevereiro e março de 2011;
V. correspondência dirigida ao endereço residencial do Segurado.

Art. 10 - Ficam aprovados os formulários de Recadastramento dos Servidores Municipais Inativos e dos beneficiários de pensão por morte, na forma dos Anexos I e II do presente Decreto.

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS
GABINETE DO PREFEITO

Art. 11 - Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Prefeitura Municipal de Duque de Caxias, em 28 *de* JANEIRO *de 2011.*

JOSÉ CAMILO ZITO DOS SANTOS FILHO
Prefeito Municipal

Publicado no Boletim Oficial
Nº 530 28 / 01 / 2011

IPHAN

Matrícula:

* Preencher caso tenha outra aposentadoria

2ª Matrícula:

DADOS PESSOAIS DO TITULAR

1- Nome Completo (não abreviar)

2- Filiacão (não abreviar):

Nome do Pai

Nome da Mãe

3- Sexo ☐ Fem. ☐ Masc.

4- Data de Nascimento ___/___/___

5 - Estado Civil ☐ 1- Casado | 2- Solteiro | 3- Viúvo | 4- Separado judicialmente | 5-Divorcia

6- Naturalidade

7 - UF

8 - Nacionalidade

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

ENDEREÇO

10 - Logradouro (Av., Rua etc)

11 - Município

12 - Bairro/Povoado

13 - CEP

14- UF

15 - Telefone fixo ( ) -

16 - Telefone celular ( ) -

17 - E-mail

DOCUMENTAÇÃO

18 - CPF -

19 - Título de Eleitor Zona Seção

20 - Carteira de Identidade Orgão Expedidor Data de expedição ___/___/___ UF

21- Carteira de Trabalho

22 - PIS/PASEP

IPMDC

23 - Data de admissão

24 - Último cargo

25 - Nome do Órgão em que se encontrava lotado

2 SITUAÇÃO FUNCIONAL

26 - Data de admissão

/ /

27 - Último cargo ocupado

28 - Nome do Órgão em que se encontrava lotado

DEPENDENTES

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

Código de Capacidade: 1 - Capaz 2 - Inválido/Incapaz 3 - Inválido/Capaz

Código de Estado Civil: 1 - Casado | 2 - Solteiro | 3 - Viúvo | 4 - Separado judicialmente | 5 -Divorciado 6 - União Estável

Código do Motivo: 1 - Adoção | 2 - Filho Postúmo | 3 - Decisão Judicial | 4 - Outros

Código de 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

Dependente 1

29 - Nome:

30 - Data de Nascimento

/ /

31 - Vínculo

32 - Capacidade

33 - Est. Civil

34 - Sexo

☐ Masc. ☐ Fem.

35 - Carteira de Identidade

Órgão Expedidor

UF

36 - CPF

No caso de Dependente Adotivo:

38-Data do início da dependência:

/ /

39 - Motivo do início de dependência

37 - Grau de Instrução

Dependente 2

40 - Nome:

41 - Data de Nascimento

/ /

42 - Vínculo

43 - Capacidade

44 - Est. Civil

45 - Sexo

☐ Masc. ☐ Fem.

46 - Carteira de Identidade

Órgão Expedidor

UF

47 - CPF

No caso de Dependente Adotivo:

49-Data do início da dependência:

/ /

50 - Motivo do início de dependência

48 - Grau de Instrução

PAPEL 100% RECICLADO

IPMPC

51 - Nome:

52 - Data de Nascimento / /

53 - Vínculo

54 - Capacidade

55 - Est. Civil

56 - Sexo ☐ Masc. ☐ Fem.

57 - Carteira de Identidade | Orgão Expedidor | UF | 58 - CPF

No caso de Dependente Adotivo:

60-Data do início da dependência: / /

61 - Motivo do início de dependência

59 - Grau de Instrução

Dependente 4

62 - Nome:

63 - Data de Nascimento / /

64 - Vínculo

65 - Capacidade

66 - Est. Civil

67 - Sexo ☐ Masc. ☐ Fem.

68 - Carteira de Identidade | Orgão Expedidor | UF | 69 - CPF

No caso de Dependente Adotivo:

71-Data do início da dependência: / /

72 - Motivo do início de dependência

70 - Grau de Instrução

Dependente 5

73 - Nome:

74 - Data de Nascimento / /

75 - Vínculo

76 - Capacidade

77 - Est. Civil

78 - Sexo ☐ Masc. ☐ Fem.

79 - Carteira de Identidade | Orgão Expedidor | UF | 80 - CPF

No caso de Dependente Adotivo:

82-Data do início da dependência: / /

83 - Motivo do início de dependência

81 - Grau de Instrução

Dependente 6

84 - Nome:

85 - Data de Nascimento / /

86 - Vínculo

87 - Capacidade

88 - Est. Civil

89 - Sexo ☐ Masc. ☐ Fem.

90 - Carteira de Identidade | Orgão Expedidor | UF | 91 - CPF

No caso de Dependente Adotivo:

93-Data do início da dependência: / /

94 - Motivo do início de dependência

92 - Grau de Instrução

Declaro que todas as informações preenchidas estão corretas e me responsabilizo pela sua veridicidade.

Assinatura do segurado: _____

Local e data: _____ de _____ de 20 ___

PAPEL 100% RECICLADO

INAMPS

Matrícula:

DADOS DO SERVIDOR QUE GEROU A PENSÃO

1- Matricula

2- Origem do Servidor

1- servidor ativo 2- servidor aposentado por invalidez 3- servidor aposentado por tempo de contribuição, idade ou compulsório

3- Nome Completo (não abreviar)

4- Data de Nascimento / /

5- Data de Admissão / /

6- Data de Falecimento / /

7-Sexo Fém. Masc.

8-PIS/PASEP

9- Ultimo cargo ocupado

10- Orgão de Origem

DADOS RELATIVOS AO PENSIONISTA

11- Nome Completo (não abreviar)

12-Nome da Mãe

13-Sexo Fem. Masc.

14- Data de Nascimento / /

15 - Grau de parentesco

1 - cônjuge | 2 - filho(a) | 3 - pai/mãe | 4 - irmão(a) | 5 - designado | 6 - companheiro(a) | 7 - ex-cônjugue | 8 - menor sob-guarda

16- Capacidade

1 - Capaz | 2 - Inválido/Incapaz | 3 - Inválido / Capaz

17- PIS /PASEP

18 -Estado Civil

1 - Casado | 2 - Solteiro | 3 - Viúvo | 4 - Separado judicialmente | 5-Divorciado

19 - Título de Eleitor Zona Seção

20 -CPF

21- Identidade Orgão expedidor UF

22 - Tipo de pensionista

T - Temporário V - Vitálicio

23 - Motivo da Inclusão

1 - Filho Póstumo | 2 - Decisão judicial | 3 - Outros

24 - Data da Inclusão / /

25 - Logradouro (Av., Rua etc)

26 - Municipio

PAPEL 100% RECICLADO

29 - UF	30 - Telefone fixo	31 - Telefone celular
	( ) -	( ) -

32 - E-mail

Informações Adicionais

Declaro que todas as informações preenchidas estão corretas e me responsabilizo pela sua veridicidade.

Assinatura do segurado: _____

Local e data: _____ de _____ de 20 ___

PAPEL 100% RECICLADO