

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE CARIACICA – IPC

Atualização Cadastral

(Lei Complementar nº 160/2025 – parágrafo único, art. 6º, § 3º, IV, art. 5º, §4º) e Portaria/IPC/GP nº 019 de 20 de março de 2026.

FORMULÁRIO PARA RECADASTRAMENTO DOS(AS) APOSENTADOS(AS) E DOS(AS) PENSIONISTAS

() Aposentado () Pensionista

01 - Dados Pessoais:

Nome: _____
Nome Mãe: _____
Nome Pai: _____
Sexo: () Feminino () Masculino
Data de Nascimento: ____/____/____ Naturalidade: _____ UF: ____
Estado Civil: _____ CPF: _____
RG: _____ Órgão Emissor: _____ Data de Emissão: ____/____/____
Título de Eleitor: _____ Zona: _____ Seção: _____ UF: ____
CTPS: _____ Série: _____ Data de expedição: ____/____/____
Portador de Deficiência: () Sim () Não Número de membros da Família: _____
Renda Familiar: _____ Grau de Escolaridade: _____
Possui algum problema de saúde? () Sim () Não Qua? _____

02 - Dados Endereço:

Rua/Av: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____
Tel. Residencial: _____ Celular: _____
Ponto de Referência: _____
E-mail: _____
Banco: _____ C/C: _____

03 - Declaração de Dependentes - Somente para Aposentados (as)

Grau de Parentesco	Nome	Data de Nascimento	Válido	Inválido

04 - Dados do Representante Legal:

Nome: _____

() Procurador () Curador () Tutor Grau de

Parentesco: _____ Rua/Av: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____ Celular: _____

05 - Declaração

Declaro para fins do disposto no art. 37, XI, da Constituição Federal, com a redação dada pela Emenda Constitucional nº. 41 de 19/12/2003, e em seu § 11, introduzido pela Emenda Constitucional nº. 47, de 05/07/2005, que:

() Percebo remuneração, provento ou pensão de outro órgão público (federal, estadual ou municipal; administração direta ou indireta).

() Não percebo remuneração, provento ou pensão de outro órgão público (federal, estadual ou municipal; administração direta ou indireta).

Em caso afirmativo, indicar:

Órgão/Entidade	Valor bruto mensal

06 - Assinatura

Declaro. Sob pena da Lei, que os dados informados neste formulário corresponde, a expressão da verdade Cariacica, _____/_____/_____

Assinatura do (a) Aposentador (a) pensionista ou Representante Legal.

07 - Observações a julgar necessárias**08 - Dados do Responsável pelo preenchimento**

Nome: _____

Matricula: _____

Assinatura: _____

Data do
Recadastramento: _____