

ANEXO I

## SOLICITAÇÃO DE VISITA DOMICILIAR

(Para fins de Recadastramento por impossibilidade de Locomoção)

Anexo I da Resolução 001/2020

Solicitante: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

Fone ( ) \_\_\_\_\_, ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Beneficiário \_\_\_\_\_

Matrícula \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

Endereço para a Visita: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

**Declaro por verdadeiras as informações prestadas acima, sob pena de crime de falsidade ideológica previsto no artigo 299 do Código Penal.**

Local, data

Assinatura do Solicitante

Anexar atestado médico recente, datado dos últimos 30 dias, constando além do nome do profissional de saúde, o CID, e quando for o caso, o período de internação ou descrição da impossibilidade de locomoção.

*Handwritten signatures and initials in blue ink, including "MR", "EJM", and "CH".*

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

**Anexo II da Resolução 001/2020**

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

na qualidade ( ) Representante Legal ( ) Procurador do (a) inativo/pensionista (a)

\_\_\_\_\_,  
conforme Instrumento legal incluso, pelo presente Termo de Responsabilidade comprometendo-me a comunicar ao SUMPREV o óbito do inativo/pensionista, no prazo de 10 dias contados do fato, mediante a apresentação da respectiva certidão.

Se Procurador, comprometo-me, ainda, a comunicar o SUMPREV, no mesmo prazo, qualquer outro evento que possa anular a procuração apresentada nesta data.

\_\_\_\_\_  
Local, data

\_\_\_\_\_  
Representante Legal

Handwritten signatures in blue ink at the bottom right of the page. There are several distinct signatures, including one that appears to be 'M. J. S.', another 'E. M.', and others that are less legible.

**DECLARAÇÃO DE PROVA DE VIDA**

Anexo III da Resolução 001/2020

Declaro que tenho conhecimento da obrigatoriedade de fazer **PROVA DE VIDA** anual junto ao Fundo de Previdência Social do Município de Sumaré – SUMPREV, como requisito para a continuidade de recebimento do benefício de aposentadoria ou pensão por morte, pago pelo SUMPREV, sob pena de suspensão do benefício nos termos desta Resolução n.º 001/2020.

Não tendo condições de comparecer a esse Instituto pessoalmente, no período estabelecido, apresento PROVA DE VIDA, conforme informações abaixo:

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

Matrícula \_\_\_\_\_ Nascimento \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

País \_\_\_\_\_

Telefones para contato: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**Declaro por verdadeiras as informações prestadas acima, sob pena de crime de falsidade ideológica previsto no artigo 299 do Código Penal.**

\_\_\_\_\_  
Local, data

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**PARA CARTÓRIO: Reconhecimento de firma somente POR AUTENTICIDADE**

*Handwritten signatures and initials in blue ink, including "EM" and "CH".*



FICHA DE ATUALIZAÇÃO DE CADASTRO - Modelo 5

Ente Público : FUNDO DE PREVIDENCIA SOCIAL DO MUNICIPIO DE SUMARE  
Estabelecimento : RUA BARBARA BLUMER , 41 - CENTRO  
Matrícula : 80168  
Nome : MARIA REGINA ROSA LA ROSA  
Lotação : 800 XAPO 9EN TADOS ESTABUTAPR 83XPREKOPURX  
978X XAPO XEN XADOS ESTABUTAPR 83XPREKOPURX

INFORMAÇÕES ATUAIS

Sexo : F  
Data de Nascimento : 20/01/1962  
Data Admissão : 10/03/2018  
Nacionalidade : Brasileira  
Local de Nascto : CAMPINAS  
Grau Instrução : Superior Completo  
Nível de Capac. :  
C.P.F. : 074.556.235-02  
PIS/PASEP : 18002158205  
Cart. Prof. : R Série: 333  
Data Expedição : UF:  
R.G. : 3120073-X Orgão Emissor: SSP/SP  
Data Expedição : 22/02/2004  
CNH : 200855419 Data Expedição:  
Categoria : UF:  
Data Validade :  
Estado Civil : Casada  
Endereço : RUA JERONIMO GONCALVES, 100 - JARDIM LINDA  
Complemento :  
Bairro : JARDIM LINDA  
Cidade : CAMPINAS  
Estado : SP CEP: 13041-000  
Telefone : 19 3083-6493  
Celular : 19 98872-8062  
E-mail : maria.regina.rosa@sumare.sp.gov.br  
Cargo/Função : APOSENTADO  
Nome do Pai : OSVALDO ROSA LA ROSA  
Nome da Mãe : ZILDA ROZAS ROSA

CORRIJA AS INFORMAÇÕES EM BRANCO (ACIMA) OU QUE ESTÃO INCORRETAS

Form with fields for Name, Sex, Date of Birth, Admission Date, Nationality, Birthplace, Education Level, Capacity Level, CPF, PIS/PASEP, Professional Card (with Series, Date, UF, R.G., Issuing Agency), License (with Date, UF), Validity Date, Civil Status, Address (with Neighborhood, City, State, CEP), Phone, Cell, Email, Job Title, Father's Name, and Mother's Name.

Handwritten signatures in blue ink at the bottom right of the page.

# FUNDO DE PREVIDENCIA SOCIAL DO MUNICIPIO DE SUMARE

Usuário: JACI  
 Data: 03/11/2020 13:34  
 (Página: \*\*\*\*\* 2 / 2)  
 Sistema CECAM

## FICHA DE ATUALIZAÇÃO DE CADASTRO - Modelo 5

### DEPENDENTES:

Nome	Parentesco	Nascimento	Sexo	I.R.	Invalidez
<del>KELOAH MARINHA CAMARGO</del>	<del>FILHO</del>	<del>22/11/2004</del>	<del>F</del>	<del>S</del>	<del>N</del>

### DEPENDENTES (PREENCHER CASO TENHA ALTERAÇÃO):

Nome	Parentesco	Nascimento	Sexo	I.R.	Invalidez

I.R. (Imposto de Renda): "S" para sim e "N" para não  
 Invalidez: "S" para sim e "N" para não

DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA EXPRESSAM A VERDADE. DESTA FORMA, FICAM NULAS E SEM EFEITO QUAISQUER INFORMAÇÕES ANTERIORES.

DEVOLVER ATÉ 15/12/2020 AO DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DA(O) FUNDO DE PREVIDENCIA SOCIAL DO MUNICIPIO DE SUMARE.

SUMARE, 03 DE NOVEMBRO DE 2020.

ASSINATURA DO SERVIDOR

### OBS.: - PREENCHER

- Ø O FORMULÁRIO COM LETRA DE FORMA;
- Ø SOMENTE AS INFORMAÇÕES INCORRETAS E EM BRANCO;

### - OBRIGATÓRIO ANEXAR XEROX

- Ø DOS DOCUMENTOS INCORRETOS OU FALTANTES;
- Ø DE COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA ATUALIZADO (INDEPENDENTEMENTE DE EXISTIR ALTERAÇÃO);
- Ø DE COMPROVANTE DE ESCOLARIDADE DE ENSINO MÉDIO, TECNÓLOGO OU SUPERIOR (DO FUNDAMENTAL É DESNECESSÁRIO);
- Ø DOS DOCUMENTOS DE DEPENDENTES (CERTIDÃO DE NASCIMENTO, RG, CPF E CASAMENTO);  
 (CPF OBRIGATÓRIO PARA MAIORES DE 8 ANOS)

### - DEPENDENTES PARA IMPOSTO DE RENDA - O QUE CONSIDERAR?

- Ø Filhos;  
 => Filhos ou enteados podem entrar como dependentes na declaração de IR dos pais até completarem 21 anos, ou 24 anos, se estiverem cursando ensino superior ou escola técnica. Filhos incapacitado física ou mentalmente para o trabalho podem ser incluídos como dependentes em qualquer idade.

Os filhos podem ser incluídos como dependentes na declaração de IR do pai ou da mãe — nunca na dos dois.

- Ø Irmãos, netos e bisnetos;  
 => Desde que o contribuinte detenha sua guarda judicial. Nesse caso, valem as mesmas regras dos filhos: eles podem ser considerados dependentes até os 21 anos, ou até 24 anos, se estiverem cursando ensino superior ou técnico. Se a pessoa for física ou mentalmente incapacitada para o trabalho, poderá ser declarada como dependente em qualquer idade.

- Ø Cônjuge;  
 => Quem é casado oficialmente, está em união estável há mais de cinco anos ou casais que têm filhos em comum podem optar pela declaração conjunta.

- Ø Pais, avós e bisavós;  
 => Se tiverem recebido rendimentos, tributáveis ou não, de até R\$ 22.847,76 em 2017. Normalmente é vantajoso colocar esses parentes como dependentes se as despesas dedutíveis forem superiores aos rendimentos - que incluem aposentadoria, por exemplo.

- Ø Outros casos;  
 => Se o contribuinte tiver a guarda judicial de um menor pobre de até 21 anos que crie e eduque, poderá declarar essa pessoa como dependente. Outro caso em que é possível incluir como dependente é o de pessoa absolutamente incapaz, desde que o contribuinte seja seu tutor ou curador.

Acima de 8 anos (completados até 31/12/2018) precisa possuir CPF para ser incluído.

- Ø I.R.;  
 => Preencher somente para os casos de Dependentes de I.R.