



PREFEITURA MUNICIPAL DE CANELA
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

EDITAL DE CONVOCAÇÃO n° 11/2024

**CONVOCA EM 2º CHAMADA
INATIVOS/ E PENSIONISTAS PARA
PROVA DE VIDA.**

Constantino Orsolin, Prefeito Municipal de Canela, Estado do Rio Grande do Sul, no uso de suas atribuições legais e considerando o Decreto Municipal n° 8.797/2020:

I – Considerando a convocação que consta no Edital n° 03/2024 e o não comparecimento de alguns inativos e pensionistas, **CONVOCA EM SEGUNDA E ÚLTIMA CHAMADA** os inativos abaixo relacionados a comparecer, **no prazo de 15 a 24 de abril de 2024**, das 8h às 11h e das 13h às 16h30min, exceto nas tardes de terças-feiras e sextas-feiras, sob pena de suspensão do pagamento do benefício, no Departamento de Gestão de Pessoas da Secretaria Municipal de Governança, Planejamento e Gestão do Município de Canela, localizada na Rua Dona Carlinda, n° 455, Centro, neste município, **para realizar a prova de vida correspondente a 2024:**

§ 1º No período estabelecido para a comprovação de vida os aposentados e pensionistas que recebem complementação de benefício dos cofres públicos municipais deverão comparecer no local e horário designado(s) munido dos seguintes documentos originais ou cópia autenticada:

I – documento de identidade: Registro Geral – RG, ou Carteira de Motorista (CNH) ou Carteira de Identidade Profissional ou Passaporte válido expedido pela Polícia Federal;

II – Cadastro da Pessoa Física – CPF;

III – comprovante de residência (conta de luz, água, telefone), emitido nos últimos três meses, ou declaração de endereço mediante firma reconhecida;

IV – Certidão de Nascimento atualizada, para os que recebem complementação de pensão, se solteiros maiores de 16 anos;

V – Certidão de Casamento atualizada, para os que recebem complementação de pensão, se casados e maiores de 16 anos;

VI – último Extrato de pagamento de benefícios da aposentadoria ou pensão previdenciária, pago pelo INSS.

§ 2º O documento de identidade deve encontrar-se em bom estado de conservação (perfeitamente legível), permitir que o beneficiário possa ser identificado pela fotografia e ter sido expedido a menos de 10 (dez) anos.

§ 3º Não será comprovada a vida de aposentados e pensionistas sem a documentação ou de forma diferente da estabelecida nesta Instrução.

§ 4º A Prova de Vida deve ser efetuada pessoalmente pelo aposentado ou pensionista, mediante identificação.

§ 5º No caso de beneficiário curatelado ou de pensionista menor de 18 anos a Prova de Vida será feita por meio de seu Representante Legal, devidamente identificado, mediante a apresentação do respectivo documento de Curatela, Guarda ou Tutela e da certidão de nascimento atualizada (expedida em até 30 dias) ou documento de identidade do menor.

§ 6º Na hipótese prevista no parágrafo anterior o Representante Legal deverá assinar Termo de Responsabilidade, ocasião em que se comprometerá, sob as penas da lei, em comunicar ao Município o óbito do beneficiário ou qualquer evento que cesse sua condição de Representante, no período de até 30 dias contados do fato.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CANELA
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

§ 7º O pensionista que tenha dependente legal menor de 18 anos e receba pensão do mesmo instituidor, no momento da apresentação de sua própria documentação deverá apresentar a documentação relativa ao menor pelo qual é responsável.

§ 8º O aposentado e o pensionista a ser cadastrado que se encontrar incapacitado para comparecer ou se locomover até ao local do cadastramento poderá ser representado por procurador legal junto ao local do cadastramento para agendamento de visita domiciliar ou hospitalar, mediante a comprovação por atestado médico atualizado e com identificação legível do médico.

§ 9º O procurador legal deverá apresentar os documentos do beneficiário, citados acima, e informar o endereço completo de onde se encontra a pessoa a ser cadastrada.

§ 10º - Nesta hipótese, será agendada visita domiciliar ou hospitalar, cuja data será posterior e oportunamente informada pelo Município, a ser realizada por servidores do Município.

ADAO DE OLIVEIRA
ANTONIO OSMILDO GEBERT
ARI RODRIGUES
BIRAJARA DIAS
BRAULIO CARDOSO ALVES
BRUNILDA HEROLD CANUTO
DAVENIR JOSE FERREIRA
DIOGO DE JESUS DUSSARRAT
ELIZA SILVA DE BRITO
ELOY TERESINHA ENGELMANN
EMAR NUNES PEREIRA
EMILIA CANDIDO DA SILVA
ENEU SILVEIRA DE LIMA
ENIR PINTO PACHECO
IRENE PEREIRA BRAGA
IRIS DELFINA LAUFFER CORREA
JOANETE ADELINA WILLRICH
JOAO BATISTA COSTA
JOAO BATISTA DE OLIVEIRA
JOÃO CARLOS CARASAI
JOÃO PADILHA DOS SANTOS
JORGINA ELIAS TOMASI
JOSE CARLOS WAGNER BERTOLUCCI
LACI TEREZINHA DE JESUS WOLFF
LEILA SANDRA RODRIGUES



PREFEITURA MUNICIPAL DE CANELA
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

MAFALDA TERESINHA BERTOLUCCI BOHRER
MARIA ANTONIA BERNARDES DE SOUZA
MARIA CELOY COSTA PEREIRA
MARIA DE LURDES EULIGIO
MARIA LOURDES DE OLIVEIRA MARQUEZIN
MARIA NADIR CARDOSO BIANCHI
MARIA REJANE MELLO SANTOS
MARTA PADILHA DA SILVA
NORMELIA MARIA DE ATHAIDES
ORIDES ALANO DE SOUZA MORAES
PEDRO DIOCLÉCIO HOFFMANN
REMY INÁCIO DE OLIVEIRA
SANTINA ELISABETE OLIVEIRA ALMEIDA
SILVIO NORBERTO PRIGOL
SONIA WORTMANN
TEREZINHA DA SILVA CORDOVA
VERA LÚCIA DA SILVA SELAU
VERA MARIA MATTANA MULAZZANI
VILMA DA SILVA DE OLIVEIRA
WALDI AMABILE AROZI SERRES
ZELIA PIRES LOPES

II – Este Edital entra em vigor na data da sua publicação.

Canela, 12 de abril de 2024.

Constantino Orsolin
Prefeito Municipal

Revisado.

Procuradoria Geral do Município

Registre-se e Publique-se.

Fernanda Wiltgen
Secretária Municipal de Gestão Pública



PREFEITURA MUNICIPAL DE CANELA
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

FORMULÁRIO CADASTRAL PARA COMPLEMENTAÇÃO DE BENEFÍCIO PREVIDENCIÁRIO

I - INSCRIÇÃO INICIAL RECADASTRAMENTO ANUAL

IMPORTANTE! (1) O cadastramento para complementação de benefício previdenciário e sua atualização anual são obrigatórios. **(2)** Este formulário deve ser entregue preenchido e assinado pelo requerente, ou beneficiário, ou seu representante legal. **(3)** O preenchimento deve ser em LETRAS MAIÚSCULAS/FORMA e legíveis, com informações completas, sem abreviaturas e/ou rasuras. **(4)** Todas as informações prestadas deverão ser comprovadas por documentos originais ou cópias autenticadas, ocasião em que serão autenticadas pelo servidor para recebê-las. **(5)** O declarante é responsável pela veracidade das informações prestadas, ficando sujeito às sanções administrativas e penais cabíveis, em caso de incorreção ou falsidade.

DADOS DO APOSENTADO(A) ou PENSIONISTA

1. NOME COMPLETO		2. MATRÍCULA			
3. CARGO EFETIVO OCUPADO		4. LOTAÇÃO		5. SEXO [] M [] F	
6. DATA DE ADMISSÃO NO CARGO EFETIVO ___/___/___	7. PORTARIA DE NOMEAÇÃO		8. DATA DA PORTARIA DE NOMEAÇÃO ___/___/___		
9. SITUAÇÃO DO SEGURADO OU BENEFICIÁRIO [] Aposentado [] Pensionista			10. DATA DE NASCIMENTO ___/___/___		
11. NACIONALIDADE		12. NATURALIDADE (CIDADE/UF)		13. PIS/PASEP/NIT	
14. RG	15. EMISSÃO (RG) ___/___/___	16. ÓRGÃO EMISSOR (RG)	17. UF (RG)	18. CPF	
19. CTPS N.		20. EXPEDIÇÃO (CTPS) ___/___/___	21. SÉRIE (CTPS)	22. TÍTULO DE ELEITOR N.	
23. ESCOLARIDADE		24. TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO: _____			
25. ESTADO CIVIL [] Solteiro(a) [] Casado(a) [] Divorciado(a) [] Separado(a) [] Viúvo(a) [] União Estável					
26. ENDEREÇO RESIDENCIAL COMPLETO			27. NÚMERO	28. COMPLEMENTO	
29. BAIRRO		30. MUNICÍPIO		31. ESTADO (UF)	32. CEP
33. TELEFONE		34. CELULAR		35. E-MAIL	
36. NOME DO PAI			37. NOME DA MÃE		

[] Não exerço nenhum outro cargo, emprego ou função pública na Administração Direta, Autarquia, Empresa Pública, Sociedade de Economia Mista ou Fundação nas esferas Federal, Estadual ou Municipal.

[] Acumulo/exerço outro cargo/emprego público de _____ com carga horária de _____ horas/semanais, na esfera () Federal () Estadual () Municipal, lotado no(a) _____, com ingresso em ___/___/___.

_____, de _____ de 20____.

Assinatura do Declarante: _____.

Recebido ___/___/___, por _____.



FORMULÁRIO CADASTRAL PARA COMPLEMENTAÇÃO DE BENEFÍCIO PREVIDENCIÁRIO
II - RELAÇÃO DOS DOCUMENTOS ENTREGUES

DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE/ APRESENTADA

APOSENTADO ou PENSIONISTA

[] RG [] CNH [] CARTEIRA DE TRABALHO [] PASEP/PIS/NIT

[] CARTEIRA DE REGISTRO PROFISSIONAL

[] CPF

[] COMPROVANTE OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA ATUALIZADO(A)

[] CERTIDÃO DE NASCIMENTO ATUALIZADA

[] CERTIDÃO DE CASAMENTO ATUALIZADA

[] DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL ATUALIZADA

[] EXTRATO DO CADASTRO NACIONAL DE INFORMAÇÕES PREVIDENCIÁRIAS - CNIS

[] ÚLTIMO EXTRATO DE PAGAMENTO DE BENEFÍCIO PELO INSS

[] OUTROS (DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES): _____

Declaro, sob as penas da lei, que as informações prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade. Comprometo-me a renovar tais informações sempre que houver alterações e/ou na data do aniversário, sob pena de aplicação das penalidades previstas na Lei Complementar Municipal n. 72/2015. Declaro que as vias originais dos documentos apresentados foram devolvidos pelo responsável pelo recebimento.

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Declarante: _____

Recebido em _____/_____/_____, por _____.



COMPROVANTE DE ENTREGA

O Departamento de Gestão de Pessoas da Secretaria Municipal de Governança, Planejamento e Gestão do Município de Canela declara que o beneficiário de complementação de _____ (aposentadoria ou pensão) _____ (nome) realizou seu () cadastro inicial ou () recadastramento anual no dia __/__/____.

As informações serão analisadas e, em caso de necessidade, poderão ser solicitados documentos adicionais ao servidor.

Servidor responsável pelo recebimento:

Emitido em / /