



GABINETE DO PREFEITO

Prefeitura Municipal de Birigui

ESTADO DE SÃO PAULO

CNPJ 46 151 718/0001-80

DECRETO Nº 5.729, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2016

DISPÕE SOBRE REALIZAÇÃO DE RECADATRAMENTO PREVIDENCIÁRIO DOS SEGURADOS INATIVOS DO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE BIRIGUI - BIRIGUIPREV E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS CORRELATAS.

PEDRO FELÍCIO ESTRADA BERNABÉ, Prefeito Municipal de Birigui, do Estado de São Paulo, usando das atribuições que lhe são conferidas por Lei,

considerando a necessidade de manter a base de dados atualizada para atender as demandas para a realização das avaliações atuarias conforme determina a legislação do Ministério da Previdência Social, bem como rotinas administrativas do BIRIGUIPREV que dependam de informações cadastrais do segurado;

considerando a necessidade de estabelecer critérios e uniformizar procedimentos para a realização do recadastramento dos segurados inativos do Instituto de Previdência do Município de Birigui – BIRIGUIPREV,

DECRETA:

ART. 1º. Fica estabelecido, nos termos deste decreto, as normas e procedimentos para a realização do recadastramento anual abrangendo todos os segurados inativos (aposentados e pensionistas) do BIRIGUIPREV.

PARÁGRAFO ÚNICO. O segurado inativo ou pensionista vinculado ao BIRIGUIPREV, obrigatoriamente deverá comparecer, anualmente no mês do seu aniversário para realizar o recadastramento.

ART. 2º. O recadastramento do que trata o *caput* do art. 1º, será realizado de forma contínua, devendo o segurado inativo ou pensionista comparecer a sede do BIRIGUIPREV conforme disposto a seguir:

- I. Os aniversariantes deverão comparecer na sede do Instituto, sito à Rua Fundadores nº 355, Centro, Birigui/SP, no horário das 7:30 as 11:30 e das 13:00 as 16:30 para a realização do recadastramento munidos do RG, CPF e comprovante de residência atual;
- II. Os aposentados e pensionistas residentes fora do Município de Birigui poderá realizar recadastramento através de “Declaração de Prova de Vida” conforme modelo disponibilizado no Anexo I deste Decreto e no site www.biriguiprev.sp.gov.br, cuja assinatura do aposentado e pensionista deverá ser reconhecida por autenticidade em



GABINETE DO PREFEITO

Prefeitura Municipal de Birigui

ESTADO DE SÃO PAULO

CNPJ 46 151 718/0001-80

Cartório e encaminhada a via original ao BiriguiPrev no endereço informado no inciso I deste artigo, juntamente com cópias autenticadas do RG, CPF e comprovante de residência atualizado;

- III. O aposentado e pensionista que se encontrar no exterior deverá encaminhar ao BiriguiPrev, além da documentação constante no inciso I deste artigo, declaração de vida emitida por consulado ou embaixada brasileira no país em que se encontram.

ART. 3º. As informações relativas ao RECADASTRAMENTO PREVIDENCIÁRIO, tais como consultas e orientações, poderão ser obtidas no INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE BIRIGUI – BIRIGUIPREV através dos telefones (18) 3644-6350, (18) 3644-8444 e (18) 3644-4932.

ART. 4º. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Prefeitura Municipal de Birigui, aos doze de dezembro de dois mil e dezesseis.


PEDRO FELÍCIO ESTRADA BERNABÉ
Prefeito Municipal


EDSON ROBERTO NARCIZO LOPES
Secretário de Administração


GLAUCO PERUZZO GONÇALVES
Secretário de Negócios Jurídicos

Publicado na Secretaria de Expediente e Comunicações Administrativas da Prefeitura Municipal de Birigui, na data supra, por afixação no local de costume.


TIAGO CONTADOR LOTTO
Secretário de Expediente e Comunicações Administrativas



GABINETE DO PREFEITO

Prefeitura Municipal de Birigui

ESTADO DE SÃO PAULO

CNPJ 46 151 718/0001-80

ANEXO I

DECLARAÇÃO DE PROVA DE VIDA 2017

Declaro que tenho conhecimento da obrigatoriedade de fazer PROVA DE VIDA anual junto ao INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE BIRIGUI – BIRIGUIPREV como requisito para a continuidade de recebimento do benefício de aposentadoria pago pela Autarquia Previdenciária.

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

Nome completo: _____

RG: _____

CPF: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Cidade: _____

UF: _____

CEP: _____

Telefone para contato: (____) _____

Local, data

Assinatura