



DECRETO N.º 0015

CERTIDÃO DE PUBLICAÇÃO
Certifico para os devidos fins haver publicado, nesta data,
o presente Ato no Quadro de Avisos da Prefeitura, nos termos
do art. 94 da Lei Orgânica Municipal
João Alfredo/PE, em 10/02/2021
Supervisor Responsável

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE JOÃO ALFREDO, ESTADO DE PERNAMBUCO, no uso das atribuições que lhes são conferidas pela Lei Orgânica Municipal e

CONSIDERANDO que é dever do gestor público zelar pelos recursos de toda a coletividade;

CONSIDERANDO os altos custos previdenciários suportados pelo Fundo Municipal de Aposentadorias e Pensões do Município de João Alfredo - FUMAP;

CONSIDERANDO a necessidade de se identificar situações anômalas na concessão de benefícios previdenciários;

Resolve:

Art. 1.º - Ficam convocados todos os servidores municipais inativos, bem como os pensionistas, vinculados ao FUMAP a procederem ao recadastramento junto a autarquia previdenciária municipal, no período compreendido entre os dias de 10 de Fevereiro 2021 a 20 março de 2021.

Art. 2.º - O beneficiário, quando do recadastramento, deverá trazer cópia de documento de identificação, comprovante de endereço e preencher o formulário, conforme anexos I e II deste Decreto.

Art. 3.º - Aqueles beneficiários os quais não tenham condições que permitam sua locomoção, deverão agendar, via telefônica, visita com os cadastradores do FUMAP, que se dirigirão à sua residência.



Art. 4.º - O não recadastramento implicará na suspensão do benefício, até que seja comprovada a regularidade da situação.

João Alfredo, 05 de Fevereiro de 2021


JOSÉ ANTONIO MARTINS DA SILVA
Prefeito de João Alfredo

CERTIDÃO DE PUBLICAÇÃO
Certifico para os devidos fins haver publicado, nesta data,
o presente Ato no Quadro de Avisos da Prefeitura, nos termos
do art. 94 da Lei Orgânica Municipal
João Alfredo/PE, em 05/02/2021.

Supervisor Responsável



ANEXO I

FORMULÁRIO DE RECADASTRAMENTO

APOSENTADO

| | |
|--------------------------------------|--------------------|
| NOME | |
| MATRÍCULA | DATA DE NASCIMENTO |
| IDENTIDADE N.º | |
| CPF N.º | |
| ENDEREÇO | |
| CTPS N.º | |
| TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO ANTERIOR | |



ANEXO II

FORMULÁRIO DE RECADASTRAMENTO

PENSIONISTA

| | |
|------------------|--------------------|
| NOME | |
| IDENTIDADE N.º | DATA DE NASCIMENTO |
| CPF N.º | |
| NOME DO SEGURADO | |
| ENDEREÇO | |
| | |