



**DECRETO Nº 6.520, DE 17 DE NOVEMBRO DE 2025**

*Dispõe sobre a obrigatoriedade do Censo Previdenciário Cadastral dos servidores públicos municipais de Nova Esperança - PR, para o ano de 2025, e dá outras providências.*

O PREFEITO MUNICIPAL DE NOVA ESPERANÇA, Estado do Paraná, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo inciso VI do art. 53 c/c o art. 75, I, "a" da Lei Orgânica do Município (LOM);

CONSIDERANDO a necessidade de consolidar e manter atualizadas as informações cadastrais de natureza pessoal dos servidores públicos municipais dos Poderes Executivo e Legislativo ativos e inativos (aposentados e pensionistas), segurados do Regime Próprio de Previdência Social do Município de Nova Esperança - PR;

CONSIDERANDO o disposto no art. 3º da Lei Federal nº 10.887, de 18 de junho de 2004, que estabelece a necessidade dos Municípios de instituírem sistema integrado de dados relativos às remunerações, proventos e pensões pagos aos respectivos servidores; bem como o disposto no inciso II do caput do art. 1º, da referida Lei, que determina que a unidade gestora do regime próprio de previdência dos servidores deverá proceder ao recenseamento previdenciário;

CONSIDERANDO a Lei Federal nº 9.717, de 27 de novembro de 1998, que dispõe sobre regras gerais para a organização e o funcionamento dos regimes próprios de previdência social dos servidores públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, dos militares dos Estados e do Distrito Federal e dá outras providências;

CONSIDERANDO a Lei Complementar nº 3.053, de 16 de julho de 2025, que dispõe sobre o Regime Próprio de Previdência Social dos Servidores Públicos de Nova Esperança, revoga a Lei Municipal 1.495, de 26 de abril de 2002, e demais disposições em contrário, altera a Lei Orgânica Municipal e confere outras providências.

**DECRETA:**

Art. 1º Fica instituída a obrigatoriedade da realização do Censo Previdenciário Cadastral, conforme Lei Complementar nº 3.053, de 16 de Julho de 2025, do quadro dos servidores públicos municipais do Poder Executivo e do Poder Legislativo, titulares de cargos de provimento efetivo, ativos e inativos (aposentados e pensionistas), todos segurados do Regime Próprio de Previdência Social - RPPS do Município de Nova Esperança – PR.

Parágrafo único. O Censo Previdenciário tem por finalidade a atualização e consolidação do banco de dados cadastrais dos segurados, permitindo o cruzamento destas informações com dados de outros sistemas previdenciários, principalmente os administrados pelo Ministério da Fazenda, por intermédio da Secretaria da Previdência.



**Art. 2º** O Censo Previdenciário Cadastral será desenvolvido com o objetivo de:

I – garantir a integração de sistemas e bases de dados;

II - melhorar a qualidade dos dados dos segurados do Regime Próprio de Previdência Social do Município de Nova Esperança objetivando a efetivação da avaliação atuarial consistente para a concessão de aposentadoria e pensão por morte;

III - ampliar o movimento da qualidade e produtividade no setor público.

**Art. 3º** Fica estabelecido o período de 8 a 12 de dezembro de 2025 para a realização do Censo Previdenciário Cadastral, no horário das 7h30 às 18h30, sem interrupção para o almoço.

**Art. 4º** O Censo Previdenciário Cadastral, de que trata este Decreto, possui caráter obrigatório para todos os servidores públicos municipais ativos, titulares de cargos de provimento efetivo, estendendo-se também aos inativos (aposentados e pensionistas) vinculados ao Regime Próprio de Previdência Social – RPPS do Município de Nova Esperança – PR.

**§ 1º** Todos os segurados deverão preencher e entregar à equipe de recenseamento a ficha cadastral própria, conforme modelo disponibilizado.

I – os professores deverão preencher, além da ficha de servidores ativos, a ficha específica do magistério.

II – os servidores ativos e aposentados deverão, ainda, preencher a ficha de dependentes, conforme modelo anexo.

**§ 2º** O recenseamento será realizado presencialmente, no Polo Único de Atendimento, localizado na Casa de Cultura Profª Lourdina dos Santos Leite, situada à Rua Ver. José Gazola, nº 1.095 – Centro, Nova Esperança – PR, nos dias e horários estabelecidos no art. 3º, ocasião em que serão efetuadas a entrega dos documentos, conferência cadastral e entrevista.

**§ 3º** No momento da realização do censo, os servidores deverão apresentar os documentos originais e cópias simples legíveis, nos seguintes termos:

I – servidores ativos:

a) Cédula de Identidade ou Carteira de Habilitação com foto;

b) Cadastro de Pessoa Física – CPF;

c) Um único comprovante de endereço (luz, água ou telefone dentro da validade dos últimos 03 meses); Deve ser apresentado declaração de residência para terceiros, caso não seja titular da conta, conforme modelo em anexo;



d) Carteira de Trabalho - Número do PIS - Cartão ou número do Programa de Integração Social (PIS) e do Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP);

e) Carteira de trabalho - Documento que identifique data de vinculação no primeiro emprego - (da carteira assinada);

f) CNIS - Extrato de tempo de contribuição do Regime Geral de Previdência Social - RGPS retirado através do sistema MEU INSS, o extrato pode ser retirado pela plataforma gov.br, das seguintes formas:

1. Pela conta no banco e aplicativo do banco no celular;
2. Pelo celular por reconhecimento facial;
3. Pelas perguntas no próprio site.

g) para os servidores que trabalharam em outros municípios, faz-se necessário apresentar extrato ou certidão de tempo de contribuição em outro RPPS ou documento comprobatório anterior ao ingresso no serviço público do município de Nova Esperança;

h) para os servidores que trabalharam em outro estado, faz-se necessária a apresentação de extrato de tempo de contribuição no IPSPM ou outro Estado, bem como documento comprobatório anterior ao ingresso no serviço público do município de Nova Esperança;

- i) Documento que identifique a data de entrada no serviço público;
- j) Ficha cadastral preenchida, conforme dispõe o documento anexo a este decreto;
- k) Aos servidores do magistério, ficha cadastral conforme disposto em anexo a este decreto.

II – dependentes dos servidores ativos:

- a) Certidão de casamento ou escritura pública de união estável;
- b) Documento de identidade com CPF do cônjuge ou companheiro (a);
- c) Certidão de nascimento dos filhos até 21 anos ou de filhos inválidos de qualquer idade;
- d) CPF dos dependentes;
- e) Termo de tutela ou curatela, se houver, acompanhado do CPF do dependente;
- f) Documento de identidade e CPF do representante legal, se for o caso;
- g) Em outras situações de dependência, apresentar documentação comprobatória.

III – servidores aposentados:

- a) Documento de identidade oficial com foto (RG ou CNH);



b) Cadastro de Pessoa Física – CPF;

c) Comprovante de endereço recente (luz, água ou telefone dos últimos 3 meses), ou declaração de residência se não for titular da conta;

d) Número do PIS/PASEP;

e) Documento que comprove a data de ingresso no serviço público;

f) Ficha cadastral preenchida, conforme modelo anexo a este decreto;

g) Ficha de dependentes preenchida, conforme modelo anexo a este decreto;

h) Termo de curatela, se houver, acompanhado do CPF;

i) Documento de identidade e CPF do representante legal, se for o caso.

**IV – dependentes dos servidores aposentados:**

a) Certidão de casamento ou escritura de união estável;

b) Documento de identidade com CPF do cônjuge ou companheiro (a);

c) Certidão de nascimento dos filhos até 21 anos ou de filhos inválidos de qualquer idade, acompanhada de laudo ou parecer de junta médica oficial, quando aplicável;

d) CPF dos dependentes;

e) Termo de tutela ou curatela e CPF do dependente, se houver;

f) Documento de identidade e CPF do representante legal;

g) Outros documentos comprobatórios, quando necessário.

**V – beneficiários pensionistas:**

a) Documento de identidade oficial com foto (RG ou CNH);

b) Cadastro de Pessoa Física – CPF;

c) Comprovante de endereço recente (luz, água ou telefone dos últimos 03 meses), ou declaração de residência;

d) Número do PIS/PASEP;

e) Ficha cadastral preenchida, conforme modelo anexo;



- f) Termo de tutela ou curatela, se houver, acompanhado do CPF;
- g) Documento de identidade e CPF do representante legal, se for o caso.

VI – instituidor da pensão:

- a) Documento de identidade ou CNH do instituidor (falecido);
- b) CPF do instituidor;
- c) Número do PIS/PASEP;
- d) Certidão de óbito;
- e) Documento que comprove a data de admissão no serviço público (portaria de nomeação ou termo de posse).

§ 4º Não será realizado o censo previdenciário dos servidores que comparecerem sem a totalidade dos documentos exigidos ou em desacordo com as orientações estabelecidas.

§ 5º O disposto no caput deste artigo aplica-se igualmente aos servidores afastados ou licenciados, bem como aos inativos e pensionistas não residentes no Município de Nova Esperança – PR.

§ 6º Todas as cópias deverão ser apresentadas juntamente com os originais, para conferência pela equipe responsável.

Art. 5º A realização do censo previdenciário dos servidores afastados, licenciados, aposentados e pensionistas não residentes no Município de Nova Esperança – PR poderá ser feita de forma não presencial, mediante envio eletrônico da documentação exigida, incluindo fichas cadastrais, documentos de identificação, comprovante de endereço e documentação de dependentes, todos escaneados e legíveis (não sendo aceitas fotografias).

§ 1º O servidor deverá enviar também fotografia recente em fundo branco, de boa qualidade, sem acessórios, em formato retrato, não sendo permitida selfie, e com expressão facial neutra.

§ 2º O envio deverá ser realizado por e-mail para [censo@brprev.com](mailto:censo@brprev.com), com posterior comunicação via WhatsApp para conferência do recebimento, pelo número (51) 99279-3498.

Art. 6º Poderá ser realizado por um familiar comprovado o recenseamento do servidor ativo, aposentado ou pensionista que se encontrar incapacitado para realização



## PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA ESPERANÇA - PR

Av. Rocha Pombo, 1453 - Fone (44) 3252-4545

CNPJ: 75.730.994/0001-09 | [www.novaesperanca.pr.gov.br](http://www.novaesperanca.pr.gov.br)

Gestão 2025-2028

do Censo, mediante apresentação de atestado médico ou declaração que comprove essa situação, observando os procedimentos previstos no art. 5º.

Art. 7º Na impossibilidade de comparecimento, no caso do servidor ativo ou aposentado encontrar-se recluso em regime fechado, a comprovação se dará por meio de declaração do Diretor do Presídio ou da autoridade competente.

Art. 8º O servidor ativo, aposentado ou pensionista que não realizar o Censo de atualização cadastral terá o pagamento de sua remuneração ou provento ou pensão bloqueado a partir do mês imediatamente posterior à data fixada para o seu recadastramento, ficando sua liberação condicionada à realização do Censo.

Art. 9º Responderá penal e administrativamente o servidor público municipal ativo e inativo (aposentado e o pensionista) que, no censo previdenciário, deliberadamente, omitir ou prestar informações falsas, incorretas ou incompletas.

Art. 10º. Os órgãos da administração pública municipal deverão participar, no âmbito de suas respectivas competências facilitando a divulgação, e cabe aos servidores do Departamento de Recursos Humanos, a orientação aos servidores segurados, atendendo, no que lhes couber, ao disposto neste Decreto.

Art. 11º. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

REGISTRE-SE, PUBLIQUE-SE E CUMPRA-SE.

PAÇO MUNICIPAL DE NOVA ESPERANÇA, ESTADO DO PARANÁ, AOS DEZESSETE (17) DIAS DO MÊS DE NOVEMBRO (11), DO ANO DE DOIS MIL E VINTE E CINCO (2025).

*(Assinado digitalmente)*

JOÃO EDUARDO PASQUINI

Prefeito Municipal

**INFORMAÇÕES PESSOALIS**

<b>Nome:</b>						Sexo: F: <input type="checkbox"/>
						M: <input type="checkbox"/>
Nº Matrícula:	Nº Celular:	Data de Nascimento:	Nacionalidade:	Naturalizado:	Pais de Origem:	
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
CPF:		RG:	PIS:			
CEP:	Endereço:			Nº:	Complemento:	
Bairro:						
Cidade:	Estado:	E-mail:				
Nome da mãe:			Nome do pai:			

**ESTADO CIVIL**

<input type="checkbox"/> Casado (a) Certidão de Casamento e CPF	<input type="checkbox"/> União Estável (a) Termo de U.E. em cartório e CPF	Se casado(a) ou União estável deve preencher a ficha de dependentes.
<input type="checkbox"/> Divorciado (a) Averbação	<input type="checkbox"/> Solteiro (a)	Se possui filho(a) menor de 21 anos deve preencher a ficha de dependentes.
<input type="checkbox"/> Viúvo (a) Certidão de Óbito		Se possui filho(a) inválido(a) de qualquer idade deve preencher a ficha de dependentes.

**ESCOLARIDADE**

<input type="checkbox"/> Analfabeto	<input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo
<input type="checkbox"/> Fundamental Incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo	<input type="checkbox"/> Pós Graduação
<input type="checkbox"/> Fundamental Completo	<input type="checkbox"/> Ensino Superior Incompleto	<input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado

**AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL**

**AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL:** Declaro para todos os fins e efeitos, ser pessoa:  Branco  Indígena  Negra(Preta ou Parda)

**MOVIMENTOS FUNCIONAIS**

Data de ADMISSÃO:  Data de ingresso no cargo ATUAL:  Qual o cargo ATUAL?	Secretaria onde trabalha:  Data ingresso no ENTE (no município):	Cargo/Função:  Carga horária:	Salário ATUAL: Base de contribuição R\$ _____
<b>CTC</b> Já trabalhou em outro município ou estado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: Trabalha atualmente em outro município ou estado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual:	Data de ingresso no serviço público:	Município que começou:  Qual foi o cargo:	

Está em abono permanência? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>ABONO PERMANÊNCIA:</b> é um incentivo e direito, pago ao servidor que já preencheu todos os requisitos para se aposentar, mas opta por permanecer na ativa. É um benefício pecuniário concedido a servidores públicos que optam por continuar trabalhando mesmo após atingirem as condições para aposentadoria, tendo o valor de contribuição reembolsado.
--	---

Possui duas matrículas neste município? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	STATUS da 2º matrícula: <input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Pensionista	Nº da matrícula:	Data de Admissão ou concessão:	Salário ou Benefício: R\$ _____
		Cargo (Só para Ativo)	Carga Horária(Só para Ativo)	Secretaria (Só para Ativo)

<b>APOSENTADORIA:</b> Já é aposentado(a) pelo INSS ou por outro RPPS, ou seja, já usou o seu tempo de contribuição do extrato CNIS para se aposentar? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
---

Autorizo a empresa **BRPREV AUDITORIA E CONSULTORIA ATUARIAL LTDA. CNPJ: 18.615.216/0001-27** a utilizar os meus dados pessoais e dados solicitados para os fins de alimentação e atualização da Base de Dados dos Servidores Efetivos, Ativos, Aposentados, Dependentes e Pensionistas do Município. Ao assinar este termo eu concordo que a empresa BRPREV ATUÁRIOS, CNPJ 18.615.216/0001-27 proceda com o tratamento de meus dados.

X

Assinatura, termo de consentimento e entrega de comprovantes.

# FICHA CADASTRAL CENSO PREVIDENCIÁRIO

# DEPENDENTES

MUNICÍPIO: NOVA ESPERANÇA

## INFORMAÇÕES PESSOAIS

**Nome do servidor:**

Status do servidor:  
 Ativo  
 Aposentado

Quantidade de dependentes:

TODAS AS DEPENDÊNCIAS DEVEM SER COMPROVADAS, CONFORME DOCUMENTOS EXIGIDOS NO DECRETO E NA FOLHA DE DOCUMENTOS.

### DEPENDENTE 01

<b>Nome:</b>			Deficiente: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	CPF:	Sexo: F: <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/>
Data de Nascimento:	Estado civil:	Escolaridade:	Nacionalidade:	Naturalizado: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Estado: <input type="checkbox"/>
Nome da mãe:			O endereço é o mesmo do servidor? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	No caso de não, escreva o endereço abaixo:	
Nome do pai:			E-mail:	Celular:	
TIPO DE DEPENDÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> Cônjuge Marido / Esposa <input checked="" type="checkbox"/> Companheiro(a) União estável <input checked="" type="checkbox"/> Enteado(a)		<input checked="" type="checkbox"/> Filho(a) menor de idade <input checked="" type="checkbox"/> Filho(a) Inválido(a) qualquer idade <input checked="" type="checkbox"/> Filho(a) adotivo(a) <input checked="" type="checkbox"/> Neto(a)	MOTIVO DA DEPENDÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> Casamento <input checked="" type="checkbox"/> União estável <input checked="" type="checkbox"/> Nascimento		<input checked="" type="checkbox"/> Invalidez <input checked="" type="checkbox"/> Adoção <input checked="" type="checkbox"/> Decisão Judicial <input checked="" type="checkbox"/> Tutela

### DEPENDENTE 02

<b>Nome:</b>			Deficiente: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	CPF:	Sexo: F: <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/>
Data de Nascimento:	Estado civil:	Escolaridade:	Nacionalidade:	Naturalizado: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Estado: <input type="checkbox"/>
Nome da mãe:			O endereço é o mesmo do servidor? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	No caso de não, escreva o endereço abaixo:	
Nome do pai:			E-mail:	Celular:	
TIPO DE DEPENDÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> Cônjuge Marido / Esposa <input checked="" type="checkbox"/> Companheiro(a) União estável <input checked="" type="checkbox"/> Enteado(a)		<input checked="" type="checkbox"/> Filho(a) menor de idade <input checked="" type="checkbox"/> Filho(a) Inválido(a) qualquer idade <input checked="" type="checkbox"/> Filho(a) adotivo(a) <input checked="" type="checkbox"/> Neto(a)	MOTIVO DA DEPENDÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> Casamento <input checked="" type="checkbox"/> União estável <input checked="" type="checkbox"/> Nascimento		<input checked="" type="checkbox"/> Invalidez <input checked="" type="checkbox"/> Adoção <input checked="" type="checkbox"/> Decisão Judicial <input checked="" type="checkbox"/> Tutela

### DEPENDENTE 03

<b>Nome:</b>			Deficiente: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	CPF:	Sexo: F: <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/>
Data de Nascimento:	Estado civil:	Escolaridade:	Nacionalidade:	Naturalizado: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Estado: <input type="checkbox"/>
Nome da mãe:			O endereço é o mesmo do servidor? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	No caso de não, escreva o endereço abaixo:	
Nome do pai:			E-mail:	Celular:	
TIPO DE DEPENDÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> Cônjuge Marido / Esposa <input checked="" type="checkbox"/> Companheiro(a) União estável <input checked="" type="checkbox"/> Enteado(a)		<input checked="" type="checkbox"/> Filho(a) menor de idade <input checked="" type="checkbox"/> Filho(a) Inválido(a) qualquer idade <input checked="" type="checkbox"/> Filho(a) adotivo(a) <input checked="" type="checkbox"/> Neto(a)	MOTIVO DA DEPENDÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> Casamento <input checked="" type="checkbox"/> União estável <input checked="" type="checkbox"/> Nascimento		<input checked="" type="checkbox"/> Invalidez <input checked="" type="checkbox"/> Adoção <input checked="" type="checkbox"/> Decisão Judicial <input checked="" type="checkbox"/> Tutela

### DEPENDENTE 04

<b>Nome:</b>			Deficiente: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	CPF:	Sexo: F: <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/>
Data de Nascimento:	Estado civil:	Escolaridade:	Nacionalidade:	Naturalizado: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Estado: <input type="checkbox"/>
Nome da mãe:			O endereço é o mesmo do servidor? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	No caso de não, escreva o endereço abaixo:	
Nome do pai:			E-mail:	Celular:	
TIPO DE DEPENDÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> Cônjuge Marido / Esposa <input checked="" type="checkbox"/> Companheiro(a) União estável <input checked="" type="checkbox"/> Enteado(a)		<input checked="" type="checkbox"/> Filho(a) menor de idade <input checked="" type="checkbox"/> Filho(a) Inválido(a) qualquer idade <input checked="" type="checkbox"/> Filho(a) adotivo(a) <input checked="" type="checkbox"/> Neto(a)	MOTIVO DA DEPENDÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> Casamento <input checked="" type="checkbox"/> União estável <input checked="" type="checkbox"/> Nascimento		<input checked="" type="checkbox"/> Invalidez <input checked="" type="checkbox"/> Adoção <input checked="" type="checkbox"/> Decisão Judicial <input checked="" type="checkbox"/> Tutela

### DEPENDENTE 05

<b>Nome:</b>			Deficiente: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	CPF:	Sexo: F: <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/>
Data de Nascimento:	Estado civil:	Escolaridade:	Nacionalidade:	Naturalizado: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Estado: <input type="checkbox"/>
Nome da mãe:			O endereço é o mesmo do servidor? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	No caso de não, escreva o endereço abaixo:	
Nome do pai:			E-mail:	Celular:	
TIPO DE DEPENDÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> Cônjuge Marido / Esposa <input checked="" type="checkbox"/> Companheiro(a) União estável <input checked="" type="checkbox"/> Enteado(a)		<input checked="" type="checkbox"/> Filho(a) menor de idade <input checked="" type="checkbox"/> Filho(a) Inválido(a) qualquer idade <input checked="" type="checkbox"/> Filho(a) adotivo(a) <input checked="" type="checkbox"/> Neto(a)	MOTIVO DA DEPENDÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> Casamento <input checked="" type="checkbox"/> União estável <input checked="" type="checkbox"/> Nascimento		<input checked="" type="checkbox"/> Invalidez <input checked="" type="checkbox"/> Adoção <input checked="" type="checkbox"/> Decisão Judicial <input checked="" type="checkbox"/> Tutela

Autorizo a empresa **BRPREV AUDITORIA E CONSULTORIA ATUARIAL LTDA. CNPJ: 18.615.216/0001-27** a utilizar os meus dados pessoais e dados solicitados para os fins de alimentação e atualização da Base de Dados dos Servidores Efetivos, Ativos, Aposentados, Dependentes e Pensionistas do Município. Ao assinar este termo eu concordo que a empresa BRPREV ATUÁRIOS, CNPJ 18.615.216/0001-27 proceda com o tratamento de meus dados.

X

Assinatura, termo de consentimento e entrega de comprovantes.

<b>Nome:</b>	Município:
--------------	------------

## NESTE MUNICÍPIO

Status matrículas?	Nº da matrícula:  Salário ATUAL Base de contribuição R\$ _____	Data de Admissão:	Cargo em que entrou:	Cargo ATUAL:
<input checked="" type="checkbox"/> ATIVA		Carga Horária:	Secretaria:	EDUCAÇÃO

NESTE MUNICÍPIO, POSSUI <b>DUAS MATRÍCULAS ATIVAS?</b>  <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	STATUS da 2º matrícula:  <input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Pensionista	Nº da matrícula:	Data de Admissão ou concessão:	Salário ou Benefício: R\$ _____
		Cargo (Só para Ativo)	Carga Horária(Só para Ativo)	Secretaria (Só para Ativo)

## EM OUTRO MUNICÍPIO / ESTADO OU REDE PRIVADA

POSSUI OUTRA MATRÍCULA ATIVA ALÉM DESTA DO MUNICÍPIO?  <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se sim, responda ao lado:	LUGAR:  <input type="checkbox"/> Município <input type="checkbox"/> Estado <input type="checkbox"/> Rede Privada	Nº da matrícula:	Data de Admissão:	Cargo que entrou:	Salário: R\$ _____
		Cargo	Carga Horária		Secretaria

## SE AS RESPOSTAS ACIMA FORAM NÃO, ASSINALE ABAIXO:

- Possuo apenas 1 matrícula ATIVA no cargo de PROFESSOR(A) e esta matrícula é exercida neste Município.
- Não posso mais de 1 matrícula ATIVA no cargo de PROFESSOR(A), nem neste município nem em outro município, estado e/ou rede privada.

## ANTES DE ENTRAR NESTE MUNICÍPIO, RESPONDA:

Já trabalhou em outro Município, Estado ou Rede Privada como Professor(a)?  <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se sim, responda ao lado:	Qual Município, Estado ou Rede Privada?
	Data de ADMISSÃO: _____
	Carga horária: _____

## SE A RESPOSTA ACIMA FOI NÃO, ASSINALE ABAIXO:

- Meu primeiro emprego como Professor (a), esta sendo agora, neste Município.

## SOBRE O SERVIÇO PÚBLICO

1º data de ingresso no serviço público:	Onde começou:
	Qual foi o cargo:
	Carga horária:

## PARA RESPONDER ABAIXO, ESTEJA COM SEU EXTRATO CNIS EM MÃOS!

Quando você for se aposentar, o tempo de serviço passado que está no seu extrato CNIS, você pretende averbá-lo nesta sua matrícula, no RPPS deste Município?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
--	---

Com o EXTRATO CNIS em mãos, informe abaixo quais sequências do EXTRATO CNIS foram contribuições de período em sala de aula.  
(Ex: sequências 2,3,4 e 5.)

<input type="checkbox"/> SEQ. 1	<input type="checkbox"/> SEQ. 5	<input type="checkbox"/> SEQ. 9	<input type="checkbox"/> SEQ. 13
<input type="checkbox"/> SEQ. 2	<input type="checkbox"/> SEQ. 6	<input type="checkbox"/> SEQ. 10	<input type="checkbox"/> SEQ. 14
<input type="checkbox"/> SEQ. 3	<input type="checkbox"/> SEQ. 7	<input type="checkbox"/> SEQ. 11	<input type="checkbox"/> SEQ. 15
<input type="checkbox"/> SEQ. 4	<input type="checkbox"/> SEQ. 8	<input type="checkbox"/> SEQ. 12	<input type="checkbox"/> SEQ. 16



ESCREVA AQUI ALGUMA OBSERVAÇÃO IMPORTANTE:

Está em abono permanência?  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	ABONO PERMANÊNCIA: é um incentivo e direito, pago ao servidor que já preencheu todos os requisitos para se aposentar, mas opta por permanecer na ativa. É um benefício pecuniário concedido a servidores públicos que optam por continuar trabalhando mesmo após atingirem as condições para aposentadoria, tendo o valor de contribuição reembolsado.
---	--

REGRA DE APOSENTADORIA ESPECIAL PARA MAGISTÉRIO	Quando for se aposentar, pretende utilizar a Regra de Aposentadoria Especial do Magistério ou, regra geral/ outra?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Não sei (Falta muito para me aposentar)

JA POSSUI OUTRA APOSENTADORIA?	<input type="checkbox"/> Sim	Se sim, responda:	<input type="checkbox"/> Pelo RPPS	Já usou o seu tempo em sala _____
	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Pelo INSS	<input type="checkbox"/> Sim
				de aula nesta aposentadoria? <input type="checkbox"/> Não

Autorizo a empresa **BRPREV AUDITORIA E CONSULTORIA ATUARIAL LTDA. CNPJ: 18.615.216/0001-27** a utilizar os meus dados pessoais e dados solicitados para os fins de alimentação e atualização da Base de Dados dos Servidores Efetivos, Ativos, Aposentados, Dependentes e Pensionistas do Município. Ao assinar este termo eu concordo que a empresa BRPREV ATUÁRIOS, CNPJ 18.615.216/0001-27 proceda com o tratamento de meus dados.

X

Assinatura, termo de consentimento e entrega de comprovantes.

**INFORMAÇÕES PESSOAIS**

<b>Nome:</b>						Sexo: F: <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/>
Nº Matrícula:	Nº Celular:	Data de Nascimento:	Nacionalidade:	Naturalizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	País de Origem:	
CPF:		RG:		PIS:		
CEP:	Endereço:			Nº: Bairro:	Complemento:	
Cidade:	Estado:	E-mail:				
Nome da mãe:		Nome do pai:				
Possui representante legal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Nome representante legal:				
CPF representante legal:	Telefone representante legal:	Endereço representante legal:				

**ESTADO CIVIL**

<input type="checkbox"/> Casado (a) Certidão de Casamento e CPF	<input type="checkbox"/> União Estável (a) Termo de U.E. em cartório e CPF	Se casado(a) ou União estável deve preencher a ficha de dependentes.
<input type="checkbox"/> Divorciado (a) Averbação	<input type="checkbox"/> Solteiro (a)	Se possui filho(a) menor de 21 anos deve preencher a ficha de dependentes.
<input type="checkbox"/> Viúvo (a) Certidão de Óbito		Se possui filho(a) inválido(a) de qualquer idade deve preencher a ficha de dependentes.

**ESCOLARIDADE**

<input type="checkbox"/> Analfabeto	<input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo
<input type="checkbox"/> Fundamental Incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo	<input type="checkbox"/> Pós Graduação
<input type="checkbox"/> Fundamental Completo	<input type="checkbox"/> Ensino Superior Incompleto	<input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado

**AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL**

**AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL:** Declaro para todos os fins e efeitos, ser pessoa:  Branco  Indígena  Negra(Preta ou Parda)

**MOVIMENTOS FUNCIONAIS**

<b>Tipo de aposentadoria:</b>		Data da concessão de aposentadoria:	Cargo em que se aposentou:	Valor: R\$ _____
<input type="checkbox"/> Tempo de contribuição		Data ingresso no ENTE (no município):		Em qual cargo ingressou:
<input type="checkbox"/> Compulsória		Data de ingresso no serviço público:		Município que começou: Qual foi o cargo:
<input type="checkbox"/> Idade				
<input type="checkbox"/> Invalidez				

Tem paridade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>PARIDADE:</b> é direito do servidor público aposentado de receber os mesmos reajustes que os servidores da ativa. Isso significa que todos os reajustes ou reenquadramentos feitos aos servidores que estão ativos deverão ser aplicados também aos aposentados ou pensionistas que possuem direito à paridade. Tem paridade os que ingressaram no serviço público até o dia <b>31/12/2003</b>
---	---

Possui duas matrículas neste município? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>STATUS da 2º matrícula:</b> <input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Pensionista	Nº da matrícula:	Data de Admissão ou concessão:	Salário ou Benefício: R\$ _____
		Cargo (Só para Ativo)	Carga Horária(Só para Ativo)	Secretaria (Só para Ativo)

Autorizo a empresa **BRPREV AUDITORIA E CONSULTORIA ATUARIAL LTDA. CNPJ: 18.615.216/0001-27** a utilizar os meus dados pessoais e dados solicitados para os fins de alimentação e atualização da Base de Dados dos Servidores Efetivos, Ativos, Aposentados, Dependentes e Pensionistas do Município. Ao assinar este termo eu concordo que a empresa BRPREV ATUÁRIOS, CNPJ 18.615.216/0001-27 proceda com o tratamento de meus dados.

X

Assinatura, termo de consentimento e entrega de comprovantes.

# FICHA CADASTRAL CENSO PREVIDENCIÁRIO

# PENSIONSITAS

MUNICÍPIO: NOVA ESPERANÇA

## INFORMAÇÕES PESSOAIS

<b>Nome:</b>						Sexo: F: <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/>	
Nº Matrícula:	Nº Celular:	Data de Nascimento:	Nacionalidade:	Naturalizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	País de Origem:		
CPF:		RG:		PIS:			
CEP:	Endereço:			Nº: Bairro:	Complemento:		
Cidade:	Estado:	E-mail:					
Nome da mãe:			Nome do pai:				
Possui representante legal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Nome representante legal:					
CPF representante legal:	Telefone representante legal:	Endereço representante legal:					

## ESTADO CIVIL

<input type="checkbox"/> Casado (a) Certidão de Casamento e CPF	<input type="checkbox"/> União Estável (a) Termo de U.E. em cartório e CPF	<input type="checkbox"/> Viúvo (a) Certidão de Óbito
<input type="checkbox"/> Divorciado (a) Averbação	<input type="checkbox"/> Solteiro (a)	

## ESCOLARIDADE

<input type="checkbox"/> Analfabeto	<input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo
<input type="checkbox"/> Fundamental Incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo	<input type="checkbox"/> Pós Graduação
<input type="checkbox"/> Fundamental Completo	<input type="checkbox"/> Ensino Superior Incompleto	<input type="checkbox"/> Mestrado
		<input type="checkbox"/> Doutorado

## AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL

**AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL:** Declaro para todos os fins e efeitos, ser pessoa:  Branco  Indígena  Negra(Preta ou Parda)

## INFORMAÇÕES FUNCIONAIS - BENEFICIÁRIO

Type de Pensão	Tem paridade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Data da concessão do benefício:	Valor: R\$ _____	
<input type="checkbox"/> Vitalícia <input type="checkbox"/> Temporária		<b>PARIDADE:</b> Significa que todos os reajustes ou reenquadramentos feitos aos servidores que estão ativos deverão ser aplicados também aos aposentados ou pensionistas que possuem direito à paridade. Tem paridade os servidores que tiveram a pensão concedida até 31 de dezembro de 2003 .		
Possui duas matrículas neste município? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	STATUS da 2º matrícula: <input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Pensionista	Nº da matrícula: Cargo (Só para Ativo)	Data de Admissão ou concessão: Carga Horária(Só para Ativo)	Salário ou Benefício: Secretaria (Só para Ativo)

## INFORMAÇÕES PESSOAIS - INSTITUIDOR DA PENSÃO (FALECIDO)

<b>Nome:</b>			Sexo: F: <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/>
CPF:		RG:	PIS:
Nº Matrícula:		Data de Admissão no município:	Data de Nascimento:
			Data de Falecimento:

Autorizo a empresa BRPREV AUDITORIA E CONSULTORIA ATUARIAL LTDA. CNPJ: 18.615.216/0001-27 a utilizar os meus dados pessoais e dados solicitados para os fins de alimentação e atualização da Base de Dados dos Servidores Efetivos, Ativos, Aposentados, Dependentes e Pensionistas do Município. Ao assinar este termo eu concordo que a empresa BRPREV ATUÁRIOS, CNPJ 18.615.216/0001-27 proceda com o tratamento de meus dados.

X

Assinatura, termo de consentimento e entrega de comprovantes.

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA DE TERCEIRO

Eu, \_\_\_\_\_  
**(proprietário da residência),** \_\_\_\_\_ **(nacionalidade),**  
\_\_\_\_\_ **(estado civil),** \_\_\_\_\_ **(profissão),**  
com residência localizada em \_\_\_\_\_

**(coloque o endereço completo do proprietário da residência, com CEP)**, na  
cidade de \_\_\_\_\_ no estado de \_\_\_\_\_, possuindo  
como n° RG \_\_\_\_\_, CPF n.º \_\_\_\_\_, conforme necessidade do interessado

**(coloque o nome completo do terceiro que mora na residência),**  
**(nacionalidade),** possuindo como RG n.º \_\_\_\_\_  
CPF n.º \_\_\_\_\_,

DECLARO por meio deste documento, com comprovante de residência em meu  
nome em anexo, com o objetivo de **comprovação de endereço do servidor**  
**municipal Ativo, Aposentado ou Pensionista** que está realizando o CENSO  
PREVIDENCIÁRIO MUNICIPAL que o (a) Sr. (a) \_\_\_\_\_  
**(coloque o nome completo do interessado aqui)** reside no endereço supracitado comigo.

DECLARO ainda, por meio deste instrumento ser ciente que responderei  
criminalmente e nas demais esferas por qualquer informação falsa declarada.

Desta forma, na data abaixo escrita, assino e DECLARO verdade em todas as  
informações presentes neste documento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
**(assinatura do (a) declarante/proprietário(a))**

X \_\_\_\_\_  
**(escreva nome completo do (a) declarante abaixo)**

**(coloque o n.º do CPF do (a) declarante abaixo)**

CPF n.º