



ATENTE-SE ÚLTIMA CHAMADA
O recadastramento é OBRIGATÓRIO!

PARA

SERVIDORES ATIVOS, APOSENTADOS e PENSIONISTAS



Até 30 de Janeiro de 2026



ONLINE

Enviar documentos obrigatórios, digitalizados, legíveis, para o e-mail **censo@brprev.com**

Enviar também foto nos padrões: foto atual e com qualidade, fundo branco, sem acessórios como óculos, boné, chapéu, manta. Não pode ser selfie, pedir para alguém tirar. De rosto, sério(a).

⚠ Não será realizado o Censo Previdenciário dos servidores que não apresentarem a totalidade de documentação exigida.

⚠ CONSULTAR DOCUMENTAÇÃO NA FOLHA DE DOCUMENTOS

**AVISO
IMPORTANTE**

O recadastramento é **OBRIGATÓRIO**.
Quem não realizar terá o seu pagamento bloqueado até regularizar a situação!

Qualquer dúvida entre em contato através do WHATSAPP número **51 99279-3498**.

Venha atualizar seus dados, garantir os seus direitos e o recebimento dos seus benefícios!

CENSO 2025
PREVIDENCIÁRIO

INFORMAÇÕES PESSOALIS

Nome:						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:	Secretaria onde trabalha:	Cargo/Função:	Salário ATUAL: Base de contribuição
Data de ingresso no cargo ATUAL:		Carga horária:	R\$ _____
Qual o cargo ATUAL?	Data ingresso no ENTE (no município): Em qual cargo ingressou:		
CTC 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	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.
--	---

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)

APOSENTADORIA: 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

Nome:			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

Nome:			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

Nome:			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

Nome:			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

Nome:			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.

Nome:	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 DUAS MATRÍCULAS ATIVAS? <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 possuo 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 <input type="checkbox"/> Não Se sim, responda: <input type="checkbox"/> Pelo RPPS <input type="checkbox"/> Pelo INSS Já usou o seu tempo em sala _____ de aula nesta aposentadoria? <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.

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome:						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

Tipo de aposentadoria:		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	PARIDADE: 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 31/12/2003
---	---

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:	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

Nome:						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		PARIDADE: 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:	Data de Admissão ou concessão:	Salário ou Benefício: R\$ _____
		Cargo (Só para Ativo)	Carga Horária(Só para Ativo)	Secretaria (Só para Ativo)

INFORMAÇÕES PESSOAIS - INSTITUIDOR DA PENSÃO (FALECIDO)

Nome:			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.

FOLHA DE DOCUMENTOS CENSO PREVIDENCIÁRIO – 2025

ATIVOS	APOSENTADOS	PENSIONISTAS
<p>- RG e CPF (Carteira de Motorista ou documento Identidade com CPF)</p> <p>- Comprovante de residência (Conta de luz, água, telefone, etc.)</p> <p>- Declaração de endereço (Pra quem não possui comprovante em seu nome) EM ANEXO</p> <p>- Carteira de trabalho (número do PIS) – documento que comprove o Nº do PIS</p> <p>- Carteira de trabalho - identificação da data de vinculação no primeiro emprego - (da carteira assinada)</p> <p>- Ficha cadastral preenchida - PREENCHER TODAS AS INFORMAÇÕES inclusive movimentos funcionais. EM ANEXO</p> <p>- Ficha cadastral DEPENDENTES preenchida EM ANEXO</p> <p>- Para professoras (es) / magistério - PREENCHER INCLUSIVE a ficha de magistério por inteiro. (Entregarão as duas fichas preenchidas). EM ANEXO</p> <p>- Documento que identifique a data de entrada no serviço público (Antes da entrada no ente, se for o caso.)</p> <p>- Termo de Posse, Portaria de nomeação e último contracheque (Estes documentos serão fornecidos pelo município diretamente para os recenseadores. Não se preocupe caso não os tenha. Já estão providenciados)</p> <p>INSS DECLARAÇÃO - para servidores ATIVOS (Imprescindível) – Abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Certidão de tempo de serviço passado (MEU INSS) / EXTRATO CNIS - Para quem trabalhou/trabalha em outro município: Declaração de tempo de contribuição em outro município ou documento comprobatório. SE NÃO APARECER NO CNIS. - Para quem trabalhou/trabalha no estado ou em outro estado: Declaração de tempo de contribuição no estado (IPÊ - RS) ou documento comprobatório. SE NÃO APARECER NO CNIS 	<p>- RG e CPF (Carteira de Motorista ou documento Identidade com CPF)</p> <p>- Comprovante de residência (Conta de luz, água, telefone, etc.)</p> <p>- Declaração de endereço (Pra quem não possui comprovante em seu nome) EM ANEXO</p> <p>- Carteira de trabalho (número do PIS) – documento que comprove o Nº do PIS</p> <p>- Portaria de concessão de aposentadoria e último contracheque (Estes documentos serão fornecidos pelo município diretamente para os recenseadores. Não se preocupe caso não os tenha. Já estão providenciados)</p> <p>Data de Ingresso no serviço público</p> <p>- Ficha Cadastral "APOSENTADOS" Preenchida - PREENCHER TODAS AS INFORMAÇÕES inclusive <u>movimentos funcionais</u>. EM ANEXO</p> <p>- Ficha cadastral DEPENDENTES preenchida EM ANEXO</p>	<p>BENEFICIÁRIO</p> <ul style="list-style-type: none"> - RG e CPF do beneficiário (Carteira de Motorista ou documento Identidade com CPF de quem recebe a pensão) - Comprovante de residência do beneficiário(Conta de luz, água, telefone, etc.) -- Declaração de endereço (Pra quem não possui comprovante em seu nome) EM ANEXO - PIS do beneficiário (número do PIS de quem recebe a pensão) documento que comprove o Nº do PIS - Portaria de concessão do benefício e último contracheque (Estes documentos serão fornecidos pelo município diretamente para os recenseadores. Não se preocupe caso não os tenha. Já estão providenciados) - Termo de Tutela ou Curatela (se for o caso) e CPF; - Cédula de Identidade e CPF do Representante Legal (se for o caso); - Ficha cadastral servidores "Pensionistas" preenchida - PREENCHER TODAS AS INFORMAÇÕES inclusive Informações funcionais do beneficiário E Informações pessoais do instituidor da pensão (falecido). EM ANEXO <p>INSITUIDOR DA PENSÃO (FALECIDO)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Certidão de óbito - Nome, CPF do instituidor (Documento do falecido) - Matrícula do instituidor (nº de matrícula no município do falecido) - PIS do instituir (número do PIS do falecido) - Data de admissão (ENTRADA NO ENTE) do instituidor da pensão. (Portaria de nomeação/termo de posse do instituidor da pensão)

Para Ativos e Aposentados que tiverem DEPENDENTES

Só será cadastrado dependente se apresentado documentos abaixo:

Para FILHO/A até 21 anos

- CPF do dependente (documento com CPF do dependente)
- Certidão de nascimento

OBS 1 : filhos inválidos de qualquer idade ou com deficiência intelectual ou mental ou deficiência grave aferida em inspeção médica oficial - DEVE APRESENTAR LAUDO/JUNTA MÉDICA OFICIAL PARA COMPROVAR DEPENDÊNCIA.

Para ESPOSA/MARIDO

- Certidão de Casamento – Cônjuge
- CPF do dependente (documento com CPF do dependente)

Para COMPANHEIRO/A

- Termo de União estável AUTENTICADO em cartório- Companheiro (a)
- CPF do dependente (documento com CPF do dependente)

PARA DESFAZER DEPENDÊNCIA:

- Averbação na certidão de casamento – Divórcio

Para RESPONSÁVEL – Enteado(a), Filho(a) adotivo(a), etc.

- Termo de guarda ou tutela – Responsável
- CPF do dependente (documento com CPF do dependente)

Cédula de Identidade e CPF do Representante Legal (se for o caso):



Você deve apresentar a "FICHA CADASTRAL" preenchida no dia do atendimento.

Não será realizado o Censo Previdenciário dos servidores que entrarem em contato sem a totalidade de documentos.

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 interessado aqui)

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