

# ATENTE-SE **ÚLTIMA CHAMADA**

## O recadastramento é **OBRIGATÓRIO!**



MUNICÍPIO DE  
NOVA ESPERANÇA

### 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](mailto: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**



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

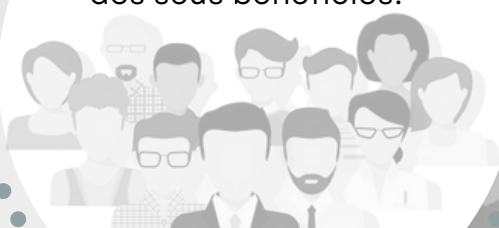
Qualquer dúvida entre em contato através do  
WHATSAPP número **51 99279-3498**.

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

# CENSO

## 2025

### PREVIDENCIÁRIO



INFORMAÇÕES 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:			

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. Se possui filho(a) menor de 21 anos deve preencher a ficha de dependentes. Se possui filho(a) inválido(a) de qualquer idade deve preencher a ficha de dependentes.
<input type="checkbox"/> Divorciado (a) Averbação	<input type="checkbox"/> Solteiro (a)	
<input type="checkbox"/> Viúvo (a) Certidão de Óbito		

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:	Cargo/Função: Carga horária:	Salário ATUAL: Base de contribuição R\$ _____
		Data ingresso no ENTE (no município):	Em qual cargo ingressou:	
<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 2ª 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: R\$ _____ 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? ☐ SIM ☐ 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: <input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> 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 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 type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Estado: Cidade:
Nome da mãe:			O endereço é o mesmo do servidor? <input 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 type="checkbox"/> Cônjuge Marido / Esposa <input type="checkbox"/> Companheiro(a) União estável <input type="checkbox"/> Enteadado(a)			MOTIVO DA DEPENDÊNCIA: <input type="checkbox"/> Invalidez <input type="checkbox"/> Casamento <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Nascimento		
<input type="checkbox"/> Filho(a) menor de idade <input type="checkbox"/> Filho(a) inválido(a) qualquer idade <input type="checkbox"/> Filho(a) adotivo(a) <input type="checkbox"/> Neto(a)			<input type="checkbox"/> Dependência Econômica <input type="checkbox"/> Outros escreva abaixo:		

DEPENDENTE 02

Nome:			Deficiente: <input 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 type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Estado: Cidade:
Nome da mãe:			O endereço é o mesmo do servidor? <input 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 type="checkbox"/> Cônjuge Marido / Esposa <input type="checkbox"/> Companheiro(a) União estável <input type="checkbox"/> Enteadado(a)			MOTIVO DA DEPENDÊNCIA: <input type="checkbox"/> Invalidez <input type="checkbox"/> Casamento <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Nascimento		
<input type="checkbox"/> Filho(a) menor de idade <input type="checkbox"/> Filho(a) inválido(a) qualquer idade <input type="checkbox"/> Filho(a) adotivo(a) <input type="checkbox"/> Neto(a)			<input type="checkbox"/> Dependência Econômica <input type="checkbox"/> Outros escreva abaixo:		

DEPENDENTE 03

Nome:			Deficiente: <input 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 type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Estado: Cidade:
Nome da mãe:			O endereço é o mesmo do servidor? <input 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 type="checkbox"/> Cônjuge Marido / Esposa <input type="checkbox"/> Companheiro(a) União estável <input type="checkbox"/> Enteadado(a)			MOTIVO DA DEPENDÊNCIA: <input type="checkbox"/> Invalidez <input type="checkbox"/> Casamento <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Nascimento		
<input type="checkbox"/> Filho(a) menor de idade <input type="checkbox"/> Filho(a) inválido(a) qualquer idade <input type="checkbox"/> Filho(a) adotivo(a) <input type="checkbox"/> Neto(a)			<input type="checkbox"/> Dependência Econômica <input type="checkbox"/> Outros escreva abaixo:		

DEPENDENTE 04

Nome:			Deficiente: <input 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 type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Estado: Cidade:
Nome da mãe:			O endereço é o mesmo do servidor? <input 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 type="checkbox"/> Cônjuge Marido / Esposa <input type="checkbox"/> Companheiro(a) União estável <input type="checkbox"/> Enteadado(a)			MOTIVO DA DEPENDÊNCIA: <input type="checkbox"/> Invalidez <input type="checkbox"/> Casamento <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Nascimento		
<input type="checkbox"/> Filho(a) menor de idade <input type="checkbox"/> Filho(a) inválido(a) qualquer idade <input type="checkbox"/> Filho(a) adotivo(a) <input type="checkbox"/> Neto(a)			<input type="checkbox"/> Dependência Econômica <input type="checkbox"/> Outros escreva abaixo:		

DEPENDENTE 05

Nome:			Deficiente: <input 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 type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Estado: Cidade:
Nome da mãe:			O endereço é o mesmo do servidor? <input 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 type="checkbox"/> Cônjuge Marido / Esposa <input type="checkbox"/> Companheiro(a) União estável <input type="checkbox"/> Enteadado(a)			MOTIVO DA DEPENDÊNCIA: <input type="checkbox"/> Invalidez <input type="checkbox"/> Casamento <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Nascimento		
<input type="checkbox"/> Filho(a) menor de idade <input type="checkbox"/> Filho(a) inválido(a) qualquer idade <input type="checkbox"/> Filho(a) adotivo(a) <input type="checkbox"/> Neto(a)			<input type="checkbox"/> Dependência Econômica <input type="checkbox"/> Outros escreva abaixo:		

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

MAGISTÉRIO  
MUNICÍPIO: NOVA ESPERANÇA

Nome:

Município:

NESTE MUNICÍPIO

Status matrículas?  
☒ ATIVA

Nº da matrícula:  
Salário ATUAL  
Base de contribuição  
R\$

Data de Admissão:

Cargo em que entrou:

Cargo ATUAL:

Carga Horária:

Secretaria: EDUCAÇÃO

NESTE MUNICÍPIO, POSSUI DUAS MATRÍCULAS ATIVAS?  
☐ SIM ☐ NÃO

STATUS da 2ª matrícula:  
☐ Ativo  
☐ Aposentado  
☐ 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?  
☐ SIM ☐ NÃO  
Se sim, responda ao lado:

LUGAR:  
☐ Município  
☐ Estado  
☐ 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)?  
☐ SIM ☐ 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

1ª 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?  
☐ SIM ☐ NÃO

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

SEQ. 1

SEQ. 2

SEQ. 3

SEQ. 4

SEQ. 5

SEQ. 6

SEQ. 7

SEQ. 8

SEQ. 9

SEQ. 10

SEQ. 11

SEQ. 12

SEQ. 13

SEQ. 14

SEQ. 15

SEQ. 16

ESCREVA AQUI ALGUMA OBSERVAÇÃO IMPORTANTE:

Está em abono permanência?  
☐ Sim ☐ 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?  
☐ Sim ☐ Não  
☐ Não sei (Falta muito para me aposentar)

JA POSSUI OUTRA APOSENTADORIA?  
☐ Sim ☐ Não

Se sim, responda:  
☐ Pelo RPPS ☐ Pelo INSS

Já usou o seu tempo em sala de aula nesta aposentadoria?  
☐ Sim ☐ 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. Se possui filho(a) menor de 21 anos deve preencher a ficha de dependentes. Se possui filho(a) inválido(a) de qualquer idade deve preencher a ficha de dependentes.
<input type="checkbox"/> Divorciado (a) Averbação	<input type="checkbox"/> Solteiro (a)	
<input type="checkbox"/> Viúvo (a) Certidão de Óbito		

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

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	STATUS da 2ª 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.

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

Tipo de Pensão		Tem paridade?	Data da concessão do benefício:	Valor:
<input type="checkbox"/> Vitalícia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			R\$ _____
<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?	STATUS da 2º matrícula:		Nº da matrícula:	Data de Admissão ou concessão:
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Pensionista		Cargo (Só para Ativo)	Salário ou Benefício: R\$ _____
			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
<ul style="list-style-type: none"> <li>- RG e CPF (Carteira de Motorista ou documento Identidade com CPF)</li> <li>- Comprovante de residência (Conta de luz, água, telefone, etc.)</li> <li>- Declaração de endereço (Pra quem não possui comprovante em seu nome) <b>EM ANEXO</b></li> <li>- Carteira de trabalho (número do PIS) – documento que comprove o Nº do PIS</li> <li>- Carteira de trabalho - identificação da data de vinculação no primeiro emprego - (da carteira assinada)</li> <li>- Ficha cadastral preenchida - PREENCHER TODAS AS INFORMAÇÕES inclusive movimentos funcionais. <b>EM ANEXO</b></li> <li>- Ficha cadastral DEPENDENTES preenchida <b>EM ANEXO</b></li> <li>- Para professoras (es) / magistério - <b>PREENCHER INCLUSIVE</b> a ficha de magistério por inteiro. (Entregarão as duas fichas preenchidas). <b>EM ANEXO</b></li> <li>- Documento que identifique a data de entrada no serviço público (Antes da entrada no ente, se for o caso.)</li> <li>- Termo de Posse, Portaria de nomeação e último contracheque (<b>Estes documentos serão fornecidos pelo município diretamente para os recenseadores. Não se preocupe caso não os tenha. Já estão providenciados</b>)</li> </ul> <p><b>INSS   DECLARAÇÃO - para servidores ATIVOS (Imprescindível) – Abaixo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Certidão de tempo de serviço passado (MEU INSS) / EXTRATO CNIS</li> <li>- Para quem trabalhou/trabalha em outro município: Declaração de tempo de contribuição em outro município ou documento comprobatório. <b>SE NÃO APARECER NO CNIS.</b></li> <li>- Para quem trabalhou/trabalha no estado ou em outro estado: Declaração de tempo de contribuição no estado (IPÊ - RS) ou documento comprobatório. <b>SE NÃO APARECER NO CNIS</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- RG e CPF (Carteira de Motorista ou documento Identidade com CPF)</li> <li>- Comprovante de residência (Conta de luz, água, telefone, etc.)</li> <li>- Declaração de endereço (Pra quem não possui comprovante em seu nome) <b>EM ANEXO</b></li> <li>- Carteira de trabalho (número do PIS) – documento que comprove o Nº do PIS</li> <li>- Portaria de concessão de aposentadoria e último contracheque (<b>Estes documentos serão fornecidos pelo município diretamente para os recenseadores. Não se preocupe caso não os tenha. Já estão providenciados</b>)</li> <li>- <b>Data de Ingresso no serviço público</b></li> <li>- Ficha Cadastral “APOSENTADOS” Preenchida - PREENCHER TODAS AS INFORMAÇÕES inclusive <u>movimentos funcionais</u>. <b>EM ANEXO</b></li> <li>- Ficha cadastral DEPENDENTES preenchida <b>EM ANEXO</b></li> </ul>	<p><b>BENEFICIÁRIO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- RG e CPF do beneficiário (Carteira de Motorista ou documento Identidade com CPF de quem recebe a pensão)</li> <li>- Comprovante de residência do beneficiário (Conta de luz, água, telefone, etc.)</li> <li>- Declaração de endereço (Pra quem não possui comprovante em seu nome) <b>EM ANEXO</b></li> <li>- PIS do beneficiário (número do PIS de quem recebe a pensão) documento que comprove o Nº do PIS</li> <li>- Portaria de concessão do benefício e último contracheque (<b>Estes documentos serão fornecidos pelo município diretamente para os recenseadores. Não se preocupe caso não os tenha. Já estão providenciados</b>)</li> <li>- Termo de Tutela ou Curatela (se for o caso) e CPF;</li> <li>- Cédula de Identidade e CPF do Representante Legal (se for o caso);</li> <li>- Ficha cadastral servidores “Pensionistas” preenchida - PREENCHER TODAS AS INFORMAÇÕES inclusive Informações funcionais do beneficiário E Informações pessoais do instituidor da pensão (falecido). <b>EM ANEXO</b></li> </ul> <p><b>INSTITUIDOR DA PENSÃO (FALECIDO)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Certidão de óbito</li> <li>- Nome, CPF do instituidor (Documento do falecido)</li> <li>- Matrícula do instituidor (nº de matrícula no município do falecido)</li> <li>- PIS do instituidor (número do PIS do falecido)</li> <li>- Data de admissão (ENTRADA NO ENTE) do instituidor da pensão. (Portaria de nomeação/termo de posse do instituidor da pensão)</li> </ul>

**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:**

- Averbção na certidão de casamento – Divórcio

**Para RESPONSÁVEL – Enteadado(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.

**Atualize seus dados, garanta os seus direitos e o recebimento dos seus benefícios!**

## 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.º 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 \_\_\_\_\_