

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome:					Sexo: F: ☐ M: ☐	
Nº Matrícula:	Nº Celular:	Data de Nascimento:	Nacionalidade:	Naturalizado: ☐ Sim ☐ Não	País de Origem:	
CPF:		RG:		PIS:		
CEP:	Endereço:		Nº: Bairro:	Complemento:		
Cidade:	Estado:	E-mail:				
Nome da mãe:			Nome do pai:			

ESTADO CIVIL

☐ Casado (a) Certidão de Casamento e CPF	☐ 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.
☐ Divorciado (a) Averbação	☐ Solteiro (a)	
☐ Viúvo (a) Certidão de Óbito		

ESCOLARIDADE

☐ Analfabeto	☐ Ensino Médio Incompleto	☐ Ensino Superior Completo
☐ Fundamental Incompleto	☐ Ensino Médio Completo	☐ Pós Graduação
☐ Fundamental Completo	☐ Ensino Superior Incompleto	☐ Mestrado ☐ 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\$ _____
CTC Já trabalhou em outro município ou estado? ☐ Sim ☐ Não Qual: Trabalha atualmente em outro município ou estado? ☐ Sim ☐ Não Qual:		Data ingresso no ENTE (no município):	Em qual cargo ingressou:	
		Data de ingresso no serviço público:	Município que começou: Qual foi o cargo:	
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.		
Possui duas matrículas neste município? ☐ Sim ☐ Não	STATUS da 2ª matrícula: ☐ Ativo ☐ Aposentado ☐ 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: ☐ 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: ☐ Sim ☐ Não	CPF:	Sexo: F: ☐ M: ☐
Data de Nascimento:	Estado civil:	Escolaridade:	Nacionalidade:	Naturalizado: ☐ Sim ☐ Não	Estado: Cidade:
Nome da mãe:			O endereço é o mesmo do servidor? ☐ Sim ☐ Não	No caso de não, escreva o endereço abaixo:	
Nome do pai:			E-mail:	Celular:	
TIPO DE DEPENDÊNCIA: ☐ Cônjuge Marido / Esposa ☐ Companheiro(a) União estável ☐ Enteadado(a)			MOTIVO DA DEPENDÊNCIA: ☐ Invalidez ☐ Casamento ☐ União estável ☐ Nascimento		
☐ Filho(a) menor de idade ☐ Filho(a) inválido(a) qualquer idade ☐ Filho(a) adotivo(a) ☐ Neto(a)			☐ Dependência Econômica ☐ Outros escreva abaixo:		

DEPENDENTE 02

Nome:			Deficiente: ☐ Sim ☐ Não	CPF:	Sexo: F: ☐ M: ☐
Data de Nascimento:	Estado civil:	Escolaridade:	Nacionalidade:	Naturalizado: ☐ Sim ☐ Não	Estado: Cidade:
Nome da mãe:			O endereço é o mesmo do servidor? ☐ Sim ☐ Não	No caso de não, escreva o endereço abaixo:	
Nome do pai:			E-mail:	Celular:	
TIPO DE DEPENDÊNCIA: ☐ Cônjuge Marido / Esposa ☐ Companheiro(a) União estável ☐ Enteadado(a)			MOTIVO DA DEPENDÊNCIA: ☐ Invalidez ☐ Casamento ☐ União estável ☐ Nascimento		
☐ Filho(a) menor de idade ☐ Filho(a) inválido(a) qualquer idade ☐ Filho(a) adotivo(a) ☐ Neto(a)			☐ Dependência Econômica ☐ Outros escreva abaixo:		

DEPENDENTE 03

Nome:			Deficiente: ☐ Sim ☐ Não	CPF:	Sexo: F: ☐ M: ☐
Data de Nascimento:	Estado civil:	Escolaridade:	Nacionalidade:	Naturalizado: ☐ Sim ☐ Não	Estado: Cidade:
Nome da mãe:			O endereço é o mesmo do servidor? ☐ Sim ☐ Não	No caso de não, escreva o endereço abaixo:	
Nome do pai:			E-mail:	Celular:	
TIPO DE DEPENDÊNCIA: ☐ Cônjuge Marido / Esposa ☐ Companheiro(a) União estável ☐ Enteadado(a)			MOTIVO DA DEPENDÊNCIA: ☐ Invalidez ☐ Casamento ☐ União estável ☐ Nascimento		
☐ Filho(a) menor de idade ☐ Filho(a) inválido(a) qualquer idade ☐ Filho(a) adotivo(a) ☐ Neto(a)			☐ Dependência Econômica ☐ Outros escreva abaixo:		

DEPENDENTE 04

Nome:			Deficiente: ☐ Sim ☐ Não	CPF:	Sexo: F: ☐ M: ☐
Data de Nascimento:	Estado civil:	Escolaridade:	Nacionalidade:	Naturalizado: ☐ Sim ☐ Não	Estado: Cidade:
Nome da mãe:			O endereço é o mesmo do servidor? ☐ Sim ☐ Não	No caso de não, escreva o endereço abaixo:	
Nome do pai:			E-mail:	Celular:	
TIPO DE DEPENDÊNCIA: ☐ Cônjuge Marido / Esposa ☐ Companheiro(a) União estável ☐ Enteadado(a)			MOTIVO DA DEPENDÊNCIA: ☐ Invalidez ☐ Casamento ☐ União estável ☐ Nascimento		
☐ Filho(a) menor de idade ☐ Filho(a) inválido(a) qualquer idade ☐ Filho(a) adotivo(a) ☐ Neto(a)			☐ Dependência Econômica ☐ Outros escreva abaixo:		

DEPENDENTE 05

Nome:			Deficiente: ☐ Sim ☐ Não	CPF:	Sexo: F: ☐ M: ☐
Data de Nascimento:	Estado civil:	Escolaridade:	Nacionalidade:	Naturalizado: ☐ Sim ☐ Não	Estado: Cidade:
Nome da mãe:			O endereço é o mesmo do servidor? ☐ Sim ☐ Não	No caso de não, escreva o endereço abaixo:	
Nome do pai:			E-mail:	Celular:	
TIPO DE DEPENDÊNCIA: ☐ Cônjuge Marido / Esposa ☐ Companheiro(a) União estável ☐ Enteadado(a)			MOTIVO DA DEPENDÊNCIA: ☐ Invalidez ☐ Casamento ☐ União estável ☐ Nascimento		
☐ Filho(a) menor de idade ☐ Filho(a) inválido(a) qualquer idade ☐ Filho(a) adotivo(a) ☐ Neto(a)			☐ Dependência Econômica ☐ 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 sequências do EXTRATO CNIS foram contribuições de período em sala de aula. (Ex: sequências 2,3,4 e 5.)

☐ SEQ. 1	☐ SEQ. 5	☐ SEQ. 9	☐ SEQ. 13
☐ SEQ. 2	☐ SEQ. 6	☐ SEQ. 10	☐ SEQ. 14
☐ SEQ. 3	☐ SEQ. 7	☐ SEQ. 11	☐ SEQ. 15
☐ SEQ. 4	☐ SEQ. 8	☐ SEQ. 12	☐ 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)
JÁ 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: ☐ M: ☐	
Nº Matrícula:	Nº Celular:	Data de Nascimento:	Nacionalidade:	Naturalizado: ☐ Sim ☐ 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? ☐ Sim ☐ Não			Nome representante legal:			
CPF representante legal:		Telefone representante legal:		Endereço representante legal:		

ESTADO CIVIL

☐ Casado (a) Certidão de Casamento e CPF	☐ 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.
☐ Divorciado (a) Averbação	☐ Solteiro (a)	
☐ Viúvo (a) Certidão de Óbito		

ESCOLARIDADE

☐ Analfabeto	☐ Ensino Médio Incompleto	☐ Ensino Superior Completo
☐ Fundamental Incompleto	☐ Ensino Médio Completo	☐ Pós Graduação
☐ Fundamental Completo	☐ Ensino Superior Incompleto	☐ Mestrado ☐ 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: ☐ Tempo de contribuição ☐ Compulsória ☐ Idade ☐ 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? ☐ Sim ☐ 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? ☐ 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)

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: ☐	M: ☐
Nº Matrícula:	Nº Celular:	Data de Nascimento:	Nacionalidade:	Naturalizado: ☐ Sim ☐ Não	País de Origem:	
CPF:		RG:		PIS:		
CEP:	Endereço:			Nº:	Complemento:	
		Bairro:				
Cidade:	Estado:	E-mail:				
Nome da mãe:			Nome do pai:			
Possui representante legal? ☐ Sim ☐ Não			Nome representante legal:			
CPF representante legal:		Telefone representante legal:		Endereço representante legal:		

ESTADO CIVIL

☐ Casado (a) Certidão de Casamento e CPF	☐ União Estável (a) Termo de U.E. em cartório e CPF	☐ Viúvo (a) Certidão de Óbito
☐ Divorciado (a) Averbação	☐ Solteiro (a)	

ESCOLARIDADE

☐ Analfabeto	☐ Ensino Médio Incompleto	☐ Ensino Superior Completo
☐ Fundamental Incompleto	☐ Ensino Médio Completo	☐ Pós Graduação
☐ Fundamental Completo	☐ Ensino Superior Incompleto	☐ Mestrado ☐ 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 ☐ Vitalícia ☐ Temporária	Tem paridade? ☐ Sim ☐ Não	Data da concessão do benefício:	Valor: R\$ _____		
		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? ☐ 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)	

INFORMAÇÕES PESSOAIS - INSTITUIDOR DA PENSÃO (FALECIDO)

Nome:				Sexo: F: ☐	M: ☐
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.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 _____