



DIÁRIO OFICIAL

MUNICÍPIO DE GUAMIRANGA

Estado do Paraná

SEXTA-FEIRA, 18 DE JULHO DE 2025

ANO: XXV

EDIÇÃO Nº: 2857- 15 Pág(s)

www.guamiranga.pr.gov.br

ATOS DO PODER EXECUTIVO

III - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando as disposições em contrário.

Guamiranga, 18 de julho de 2025.

MARCELO LEITE
Prefeito Municipal

Decreto Nº. 267/2025

Súmula: Dispõe sobre a obrigatoriedade do Censo Previdenciário Cadastral dos servidores públicos municipais de , para o ano de 2025.

O Prefeito Municipal de Gumaranga, Estado do Paraná, o Sr. Marcelo Leite no uso de suas atribuições legais que lhe são conferidas pelo art. 55, inciso IX, da Lei Orgânica do Município,

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

Considerando o disposto no art. 3º da Lei Federal Nº 10.887/2004, quanto à instituição de sistema integrado de dados relativos às remunerações, proventos e pensões pagos aos respectivos servidores, bem como o disposto no art. 9º, inciso II, do mesmo diploma que estabelece que a unidade gestora do regime próprio de previdência dos servidores deverá proceder ao recenseamento previdenciário;

Considerando, a necessidade de realização de avaliação atuarial em cada balanço para a organização e revisão do plano de custeio e benefícios (art. 1º, inciso I, da Lei Federal Nº 9.717/1998).

DECRETA:

Art. 1º A obrigatoriedade de realização do Censo Previdenciário Cadastral, pertencente ao 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 Guamiranga – PR, que objetivará 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 – Secretaria da Previdência.

Art. 2º O censo previdenciário cadastral será desenvolvido para:

I - integração de sistemas e bases de dados;

II - melhoria da qualidade dos dados dos segurados do Regime Próprio de Previdência Social do Município de Guamiranga – PR objetivando a efetivação da avaliação atuarial consistente para a concessão de aposentadoria e pensão por morte; e,

III - ampliação do movimento da qualidade e produtividade no setor público.

Art. 3º Fica definido o período abaixo para realização do censo previdenciário:

- 19 a 21 de Agosto de 2025 no horário compreendido entre 08:00 até 19:00 horas (sem fechar ao meio dia).

Parágrafo único. O Censo Cadastral Previdenciário consistirá na realização do recenseamento cadastral dos servidores ativos titulares de cargo de provimento efetivo no Município de Guamiranga – PR e inativos (aposentados e pensionistas), todos segurados do RPPS.

Art. 4º O censo previdenciário de que trata este Decreto, possui **caráter obrigatório** para todos os servidores públicos municipais ativos titulares de cargo de provimento efetivo, estendendo-se também aos inativos (aposentados e pensionistas) do RPPS de Guamiranga – PR. **Deverá ser preenchido por todos ficha cadastral própria (em anexo) para entrega do servidor a equipe de recenseamento, sendo:**

SERVIDORES ATIVOS, APOSENTADOS E/OU PENSIONISTAS: **PRESENCIAL** –

Cada servidor ativo, aposentado e/ou pensionista deverá apresentar-se no endereço Avenida Diogo Emanuel de Almeida Nº 234 – Assistência Social – Centro - Guamiranga-Paraná, nos dias e horários acima citado. **TODOS** os servidores ATIVOS, APOSENTADOS e/ou PENSIONISTAS devem comparecer no **POLO ÚNICO DE ATENDIMENTO** para entrega dos documentos, atendimento e entrevista.



DIÁRIO OFICIAL

MUNICÍPIO DE GUAMIRANGA

Estado do Paraná

SEXTA-FEIRA, 18 DE JULHO DE 2025

ANO: XXV

EDIÇÃO Nº: 2857- 15 Pág(s)

www.guamiranga.pr.gov.br

ATOS DO PODER EXECUTIVO

§ 1º Os servidores devem estar munidos dos seguintes documentos **ORIGINAIS E CÓPIAS SIMPLES LEGÍVEIS**, no momento da realização do censo **presencial**:

I - Servidor Ativo:

1. Cédula de **Identidade** ou Carteira de Habilitação com foto;

2. Cadastro de Pessoa Física – **CPF**;

3. Um único comprovante de **endereço** (luz, água ou telefone dentro da validade dos últimos 3 meses); Deve ser apresentado declaração de residência para terceiros, caso não seja titular da conta. (MODELO EM ANEXO)

4. 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);

5. **CNIS** - Extrato de tempo de contribuição do Regime Geral de Previdência Social-RGPS retirado através do sistema MEU INSS;

O extrato pode ser retirado através do GOV.BR de 3 maneiras:

1) Pela conta no banco e aplicativo do banco no celular.

2) Pelo celular por reconhecimento facial ou

3) Pelas perguntas no próprio site.

6. Para quem trabalhou em outro município:

Extrato/Certidão de tempo de contribuição em outro RPPS ou documento comprobatório anterior ao ingresso no serviço público do município de Guamiranga;

7. Para quem trabalhou no estado: Extrato de tempo de contribuição NO IPÊ ou OUTRO ESTADO (documento comprobatório anterior ao ingresso no serviço público do município de Guamiranga – PR)

8. Documento que identifique data de **vinculação no primeiro emprego** - (da **carteira assinada**)

9. Documento que identifique a **data de entrada no serviço público**.

10. **Ficha cadastral preenchida** – (EM ANEXO)

11. Ficha cadastral Magistério preenchida, no caso de Professor(a) (EM ANEXO)

DEPENDENTES:

11. Certidão de Casamento para cônjuge ou Escritura de União Estável firmada em cartório para companheiro;

12. Apresentar Identidade com CPF/CNH do cônjuge ou companheiro;

13. Certidão de Nascimento dos filhos até 21 anos ou de filhos inválidos de qualquer idade. Se dependente inválido ou tiver deficiência intelectual ou mental ou deficiência grave aferida em inspeção médica oficial. (DEVE APRESENTAR LAUDO / JUNTA MÉDICA OFICIAL PARA COMPROVAR DEPENDÊNCIA).

14. Apresentar CPF dos dependentes;

15. Termo de Tutela ou Curatela (se for o caso) e CPF do dependente;

16. Cédula de Identidade e CPF do Representante Legal (se for o caso);

II - Servidor Aposentado;

1. Cédula de **Identidade** ou Carteira de Habilitação com foto;

2. Cadastro de Pessoa Física – **CPF**;

3. Um único comprovante de **endereço** (luz, água ou telefone dentro da validade dos últimos 3 meses); Deve ser apresentado declaração de residência para terceiros, caso não seja titular da conta. (MODELO EM ANEXO)

4. Cartão ou número do Programa de Integração Social (**PIS**) e do Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP);

5. Documento que identifique a data de **entrada no serviço público**.

6. **Ficha Cadastral Preenchida** – (EM ANEXO)

DEPENDENTES:

7. Certidão de Casamento para cônjuge ou Escritura de União Estável firmada em cartório para companheiro;

8. Apresentar Identidade com CPF/CNH do cônjuge ou companheiro;

9. Certidão de Nascimento dos filhos até 21 anos ou de filhos inválidos de qualquer idade. Se dependente inválido ou tiver deficiência intelectual ou mental ou deficiência grave aferida em inspeção médica oficial. (DEVE APRESENTAR LAUDO / JUNTA MÉDICA OFICIAL PARA COMPROVAR DEPENDÊNCIA).

10. Apresentar CPF dos dependentes;

11. Termo de Tutela ou Curatela (se for o caso) e CPF do dependente;

12. Cédula de Identidade e CPF do Representante Legal (se for o caso);

III - Pensionista:

Documentos do Beneficiário

1. Cédula de **Identidade** ou Carteira de Habilitação com foto;

2. Cadastro de Pessoa Física – **CPF**;



DIÁRIO OFICIAL

MUNICÍPIO DE GUAMIRANGA

Estado do Paraná

SEXTA-FEIRA, 18 DE JULHO DE 2025

ANO: XXV

EDIÇÃO Nº: 2857- 15 Pág(s)

www.guamiranga.pr.gov.br

ATOS DO PODER EXECUTIVO

3. Um único comprovante de **endereço** (luz, água ou telefone dentro da validade dos últimos 3 meses); Deve ser apresentado declaração de residência para terceiros, caso não seja titular da conta. (MODELO EM ANEXO)

4. **PIS** do beneficiário (número do PIS de quem recebe a pensão)

5. **Ficha Cadastral preenchida.** – (EM ANEXO)

6. Termo de Tutela ou Curatela (se for o caso) e CPF;

7. Cédula de Identidade e CPF do Representante Legal (se for o caso);

Documentos do Instituidor

8. **Nome e CPF** do instituidor (Documento do falecido/ De preferência IDENTIDADE OU CNH)

9. **Matrícula** do instituidor (nº de matrícula no município do falecido)

10. **PIS** do instituir (número do PIS do falecido)

11. **Certidão de óbito**

12. **Data de admissão** (ENTRADA NO ENTE) do instituidor da pensão. (Portaria de nomeação/termo de posse do instituidor da pensão)

§2º Não será realizado o censo previdenciário dos servidores que comparecerem ao local indicado sem a totalidade da documentação ou de forma diferente da estabelecida.

§3º O disposto no *caput* deste artigo aplica-se também aos servidores municipais afastados e/ou licenciados.

§4º O disposto no *caput* deste artigo aplica-se também aos servidores inativos (aposentados e pensionistas) não residentes no Município de Guamiranga – PR

§5º Todas as cópias devem ser apresentadas com os originais para conferência.

Art. 5º A realização do censo previdenciário dos servidores públicos municipais estatutário ativos, comprovadamente afastados ou licenciados, e inativos (aposentados e pensionistas) não residentes no Município de Guamiranga – PR, poderá ser feito pelo conforme abaixo descrito:

Contato:

E-mail: censo@brprev.com (Após o envio do e-mail, o servidor deve mandar uma mensagem no WhatsApp abaixo mencionado sinalizando o envio para conferência)

WHATSAPP: 51 99279-3498

Enviar todos os documentos solicitados escaneados e legíveis, não pode foto do documento. 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).

Art. 6º Poderá ser realizado por um familiar comprovado o recenseamento do servidor ativo, aposentado ou pensionista que se encontrar incapacitado para realização do Censo, mediante apresentação de atestado médico ou declaração que comprove essa situação. (Conforme o processo apresentado 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.

Guamiranga, 18 de julho 2025.

MARCELO LEITE
Prefeito Municipal

Anexo I Decreto Nº. 268/2025



DIÁRIO OFICIAL

De acordo com a Lei nº. 573/2011, de 30 de novembro de 2011.

MUNICÍPIO DE GUAMIRANGA Estado do Paraná

SEXTA-FEIRA, 18 DE JULHO DE 2025

ANO: XXV

EDIÇÃO Nº: 2857- 15 Pág(s)

www.guamiranga.pr.gov.br

ATOS DO PODER EXECUTIVO

FICHA CADASTRAL CENSO PREVIDENCIÁRIO

ATIVOS

INFORMAÇÕES PESSOAIS

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

DEPENDENTES

Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado (a) Certidão de Casamento e CPF <input type="checkbox"/> Divorciado (a) Averbação <input type="checkbox"/> Solteiro (a) <input type="checkbox"/> Viúvo (a) Certidão de Óbito <input type="checkbox"/> União Estável (a) Termo de U.E. em cartório e CPF	Possui filho(s) menor(es) de 21 anos, ou filho(a) adotivo(a), ou enteado(a) menor de 21 anos, ou filho(a) inválido(a) de qualquer idade? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se sim, quantidade: <input type="text"/> Se sim, idade(s): <input type="text"/>
Se filhos até 21 anos (LEI GERAL) - Certidão de Nascimento e CPF Se filho(a) inválido, deficiência intelectual ou mental, deficiência grave aferida em inspeção médica oficial - Certidão de Nascimento, CPF e Laudo/Junta médica oficial. Se enteado (a), filho(a) adotivo, etc. Para comprovar responsável - Termo de guarda ou tutela.	

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



DIÁRIO OFICIAL

MUNICÍPIO DE GUAMIRANGA
Estado do Paraná

De acordo com a Lei nº. 573/2011, de 30 de novembro de 2011.

SEXTA-FEIRA, 18 DE JULHO DE 2025

ANO: XXV

EDIÇÃO Nº: 2857- 15 Pág(s)

www.guamiranga.pr.gov.br

ATOS DO PODER EXECUTIVO

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:	Data de ingresso no serviço público:	Município que começou:	
Trabalha atualmente em outro município ou estado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual:		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? <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:
		Carga (Só para Ativo)	Carga Horária(Só para Ativo)
			Salário ou Benefício: R\$ _____ 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

MAGISTÉRIO

Nome:	Município:
-------	------------

NESTE MUNICÍPIO

Status matrículas? <input checked="" type="checkbox"/> 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? <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)

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.



DIÁRIO OFICIAL

De acordo com a Lei nº. 573/2011, de 30 de novembro de 2011.

MUNICÍPIO DE GUAMIRANGA Estado do Paraná

SEXTA-FEIRA, 18 DE JULHO DE 2025

ANO: XXV

EDIÇÃO Nº: 2857- 15 Pág(s)

www.guamiranga.pr.gov.br

ATOS DO PODER EXECUTIVO

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? ☐ SIM ☐ NÃO

Com o EXTRATO CNIS em mãos, informe abaixo quais sequências do EXTRATO CNIS foram contribuições de período em sala de aula. (Ex: seqüências 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? ☐ 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei (falta muito para me aposentar)
JÁ 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.



DIÁRIO OFICIAL

De acordo com a Lei nº. 573/2011, de 30 de novembro de 2011.

MUNICÍPIO DE GUAMIRANGA Estado do Paraná

SEXTA-FEIRA, 18 DE JULHO DE 2025

ANO: XXV

EDIÇÃO Nº: 2857- 15 Pág(s)

www.guamiranga.pr.gov.br

ATOS DO PODER EXECUTIVO

FICHA CADASTRAL CENSO PREVIDENCIÁRIO

APOSENTADOS E PENSIONISTAS

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	Pais de Origem:	
CPF:	RG:	PIS:				
CEP:	Endereço:	Nº:		Complemento:		
		Bairro:				
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:			Endereço representante legal:			

ESTADO CIVIL E ESCOLARIDADE

Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado (a) Certidão de Casamento e CPF <input type="checkbox"/> Divorciado (a) Averbação <input type="checkbox"/> Solteiro (a) <input type="checkbox"/> Viúvo (a) Certidão de Óbito <input type="checkbox"/> União Estável (a) Termo de U.E. em cartório e CPF	Escolaridade <input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo <input type="checkbox"/> Pós Graduação <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado
DEPENDENTE: Responda abaixo somente se servidor APOSENTADO:	
Você é servidor: <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> PENSIONISTA	Possui filho(s) menor(es) de 21 anos, ou filho(a) adotivo(a), ou enteado(a) menor de 21 anos, ou filho(a) inválido(a) de qualquer idade? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se sim, quantidade: <input type="text"/> Se sim, idade(s): <input type="text"/>

INFORMAÇÕES FUNCIONAIS PARA APOSENTADOS

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



DIÁRIO OFICIAL

MUNICÍPIO DE GUAMIRANGA

Estado do Paraná

De acordo com a Lei nº. 573/2011, de 30 de novembro de 2011.

SEXTA-FEIRA, 18 DE JULHO DE 2025

ANO: XXV

EDIÇÃO Nº: 2857- 15 Pág(s)

www.guamiranga.pr.gov.br

ATOS DO PODER EXECUTIVO

INFORMAÇÕES FUNCIONAIS PENSIONISTAS - DADOS DO BENEFICIÁRIO							
Tipo de pensão: <input type="checkbox"/> VITALÍCIA <input type="checkbox"/> TEMPORÁRIA		Data da concessão do benefício:		Valor: R\$ _____			
Tem paridade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		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.					
INFORMAÇÕES PESSOAIS - DADOS DO 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:	
TODOS DEVEM RESPONDER (APOSENTADOS E PENSIONISTAS)							
Possui duas matrículas? <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)		
<p>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.</p>							
				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:	Complemento:		
			Bairro:			
Cidade:	Estado:	E-mail:				
Nome da mãe:			Nome do pai:			

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

DEPENDENTES

Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado (a) Certidão de Casamento e CPF <input type="checkbox"/> Divorciado (a) Averbação <input type="checkbox"/> Solteiro (a) <input type="checkbox"/> Viúvo (a) Certidão de Óbito <input type="checkbox"/> União Estável (a) Termo de U.E. em cartório e CPF	Possui filho(s) menor(es) de 21 anos, ou filho(a) adotivo(a), ou enteado(a) menor de 21 anos, ou filho(a) inválido(a) de qualquer idade? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se sim, quantidade: <input type="text"/> Se sim, idade(s): <input type="text"/> Se filhos até 21 anos (LEI GERAL) - Certidão de Nascimento e CPF Se filho(a) inválido, deficiência intelectual ou mental, deficiência grave aferida em inspeção médica oficial - Certidão de Nascimento, CPF e Laudo/Junta médica oficial. Se enteado (a), filho(a) adotivo, etc. Para comprovar responsável - Termo de guarda ou tutela.
---	---

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

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:
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? <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)
---	--	---	--	--

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:

Nome:	Município:
-------	------------

NESTE MUNICÍPIO

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

NESTE MUNICÍPIO, POSSUI DUAS MATRÍCULAS ATIVAS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	STATUS da 2ª matrícula:	Nº da matrícula:	Data de Admissão ou concessão:	Salário ou Benefício:
	<input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Pensionista	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:	Nº da matrícula:	Data de Admissão:	Cargo que entrou:	Salário:
	<input type="checkbox"/> Município <input type="checkbox"/> Estado <input type="checkbox"/> Rede Privada	Cargo	Carga Horária	Secretaria	R\$ _____

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

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.)

<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

EXTRATO CNIS

Identificação do Fidei

Seq.	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
1	2003.01.1	11/04/01	01-ANEXO SALARIO MATERNIDADE	02/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01
2	2003.01.1	11/04/01	01-ANEXO SALARIO MATERNIDADE	02/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01
3	2003.01.1	11/04/01	01-ANEXO SALARIO MATERNIDADE	02/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01
4	2003.01.1	11/04/01	01-ANEXO SALARIO MATERNIDADE	02/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01
5	2003.01.1	11/04/01	01-ANEXO SALARIO MATERNIDADE	02/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01
6	2003.01.1	11/04/01	01-ANEXO SALARIO MATERNIDADE	02/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01
7	2003.01.1	11/04/01	01-ANEXO SALARIO MATERNIDADE	02/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01
8	2003.01.1	11/04/01	01-ANEXO SALARIO MATERNIDADE	02/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01
9	2003.01.1	11/04/01	01-ANEXO SALARIO MATERNIDADE	02/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01
10	2003.01.1	11/04/01	01-ANEXO SALARIO MATERNIDADE	02/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01
11	2003.01.1	11/04/01	01-ANEXO SALARIO MATERNIDADE	02/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01
12	2003.01.1	11/04/01	01-ANEXO SALARIO MATERNIDADE	02/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01
13	2003.01.1	11/04/01	01-ANEXO SALARIO MATERNIDADE	02/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01
14	2003.01.1	11/04/01	01-ANEXO SALARIO MATERNIDADE	02/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01
15	2003.01.1	11/04/01	01-ANEXO SALARIO MATERNIDADE	02/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01
16	2003.01.1	11/04/01	01-ANEXO SALARIO MATERNIDADE	02/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01

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?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
JÁ 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.

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 _____