

**PORTARIA Nº 011/2022 - PREVBRLHANTE**

Dispõe sobre o cadastramento anual/prova de vida dos Aposentados e Pensionistas do **INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DOS FUNCIONÁRIOS MUNICIPAIS DE RIO BRILHANTE - PREVBRLHANTE**.

**Considerando** o contido no inciso II, do art. 9º, da Lei Federal nº. 10.887, de 18 de junho de 2004;

**Considerando** a necessidade de monitoramento constante de benefícios previdenciários no âmbito do PREVBRLHANTE;

**Considerando** a necessidade de manter atualizadas as informações de todos os Aposentados e Pensionistas da PREVBRLHANTE .

**A DIRETORA PRESIDENTE DO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DOS FUNCIONÁRIOS MUNICIPAIS DE RIO BRILHANTE - PREVBRLHANTE, no uso de suas atribuições legais conferida pela Lei Municipal Nº 1.167/2000 e alterações posteriores, e Decreto nº. 7.296/2001**

**R E S O L V E**

**Art. 1º** Realizar no período de **01 de julho a 30 de agosto de 2022**, no horário das 07h às 13h, o cadastramento/prova de vida dos Aposentados e Pensionistas do INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DOS FUNCIONÁRIOS MUNICIPAIS DE RIO BRILHANTE – PREVBRLHANTE.

**Parágrafo único** . Excepcionalmente, os aposentados e pensionistas residentes fora do Município de Rio Brilhante, poderão efetuar o cadastramento preenchendo o formulário de cadastramento (anexos I e II desta Portaria), disponível no endereço eletrônico do PrevBrilhante [www.prevbrilhante.ms.gov.br](http://www.prevbrilhante.ms.gov.br), reconhecer firma por verdadeiro em Cartório e encaminhar via correios para o PrevBrilhante, com aviso de recebimento-AR, no endereço *Rua Athayde Nogueira, 979, Centro* , CEP. 79.130-000, Rio Brilhante-MS, ficando o segurado responsável pelo envio na forma e prazo exigidos, conforme definido neste regulamento.

**Art. 2º** Para efeito do cadastramento do que trata o art. 1º, os aposentados e pensionistas do PREVBRLHANTE , deverão durante o período acima citado apresentar-se na sede do PrevBrilhante, situada a *Rua Athayde Nogueira, 979, Centro*, munidos de Documento de identificação oficial, Cadastro de Pessoa Física – CPF, Número do PIS/PASEP ou NIS e comprovante de residência atualizado, **de segunda a sexta-feira no horário das 07h às 13h**.

§1º O servidor do PrevBrilhante que realizar o atendimento conferirá e atualizará os dados cadastrais e emitirá o formulário o qual ao final deverá ser assinado pelo segurado.

§2º Para o segurado que se encontra internado em Unidade Hospitalar, o responsável pelo mesmo deverá apresentar ao PREVBRLHANTE declaração/laudo do médico atestando a internação do paciente naquela data. O prazo para a realização do cadastramento deverá ser realizada em até 30 (trinta) dias após o beneficiário receber alta do hospital.

§3º Se o aposentado(a) e/ou pensionista não puder preencher, por qualquer motivo, este poderá utilizar a figura do tutor, curador ou representante legal, o qual deverá anexar cópia de seus documentos pessoais, tais como, RG e CPF, além da procuração, e/ou, curatela, e/ou atestado médico.

§4º No caso de aposentados ou pensionistas recolhidos em unidades prisionais, o cadastramento é feito por Declaração de Recolhimento à prisão, Declaração de Cárcere ou Atestado de permanência Carcerária, emitida pelo diretor da unidade prisional onde o custodiado encontra-se recolhido e que provará que o detento se encontra preso, naquele local e data. A mesma deverá ser solicitada por um representante legal ou o advogado do beneficiário preso junto a unidade penal onde o beneficiário custodiado encontra-se recolhido.

**Art. 3º** Para efeito de cientificação dos termos da presente Portaria, será dada publicidade através do Diário Oficial do Município de Rio Brilhante e web sites oficiais ( [www.prevbrilhante.ms.gov.br](http://www.prevbrilhante.ms.gov.br) e [www.riobrilhante.ms.gov.br](http://www.riobrilhante.ms.gov.br) ) e demais mídias sociais.

**Parágrafo único** : Antes do prazo previsto no art.1º. será publicado a relação dos segurados que ainda não efetuaram o cadastramento, para cumprimento da providência descrita no artigo 1º no prazo de 05 (cinco) dias.

**Art. 4º** O pensionista menor ou incapaz deverá realizar a prova de vida acompanhado pelo representante legal.

§1º O (s) tutor (es), guardião (ões) e curador (es) do (s) aposentado(s) e pensionista(s) deverão apresentar, além da documentação do aposentado ou pensionista indicada no caput do art. 2º, os seguintes documentos: a) original da tutela, termo de guarda ou curatela. b) documento de identidade oficial do representante legal.

§2º O pensionista menor também pode realizar a prova de vida acompanhado de representante do Conselho Tutelar ou do Ministério Público.

**Art. 5º** Não havendo manifestação por parte de qualquer dos Aposentados ou Pensionistas no período citado no artigo 1º, os pagamentos serão suspensos, sendo liberados somente após o comparecimento do segurado (a).

**Art. 6º** É da inteira responsabilidade do aposentado, pensionista, do tutor, do curador ou representante legal a adoção das medidas necessárias à realização da prova de vida junto ao PREVBRLHANTE.

**Art. 7º** Os aposentados e pensionistas cuja concessão do benefício ocorreu nos anos de 2021 e 2022 ficam dispensados da obrigatoriedade prevista no art.1º.

**Art. 8º** Os casos omissos serão resolvidos pela Diretoria Executiva do PREVBRLHANTE. Maiores informações podem ser obtidas no PREVBRLHANTE, por meio dos telefones 67 3452-8904 ou 67 9 9981-3075 **de segunda a sexta-feira no horário das 07h às 13h**, ou pelo e-mail [prevbrilhante@prevbrilhante.ms.gov.br](mailto:prevbrilhante@prevbrilhante.ms.gov.br).

**Art. 9º** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Instituto de Previdência Social dos Funcionários Municipais de Rio Brilhante – PREVBRLHANTE, aos 04 (quatro) dias do mês de maio de dois mil e vinte e dois.

**EVONE BEZERRA ALVES**

**Diretora Presidente**

Decreto nº 30.063/ de 15/09/2021

## Anexo I-FORMULÁRIO RECADASTRAMENTO PREVIDENCIÁRIO DE APOSENTADOS

<b>Instituto de Previdência Social dos Funcionários Municipais de Rio Brilhante - PREVBRLHANTE</b> <b>“ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL</b>		<b>Uso do Cadastro</b>	
		Recebido em: _____/_____/_____ Servidor(a) _____	
<b>RECADASTRAMENTO PREVIDENCIÁRIO DE APOSENTADOS</b>			
<b>I - IDENTIFICAÇÃO</b>			
<b>Nome:</b>		<b>Data nasc:</b>	
<b>Naturalidade:</b>		<b>UF:</b>	
<b>Escolaridade:</b>		<b>Sexo: F ( ) M ( )</b>	
<b>Nome da mãe:</b>			
<b>Nome do pai:</b>			
<b>Data da aposentadoria e modalidade:</b>		<b>Idade:</b>	
<b>Email:</b>			
<b>Se casado nome do cônjuge:</b>		<b>Data de nasc:</b>	
<b>II - DADOS PESSOAIS</b>			
<b>RG Identidade :</b>	<b>Órgão Emissor/UF :</b>	<b>Data de emissão:</b>	<b>Estado Civil:</b>
<b>PIS/PASEP:</b>	<b>CPF :</b>		
<b>Carteira de Trabalho (CTPS) nº</b>	<b>Série:</b>	<b>Data de expedição:</b>	
<b>Título de eleitor nº</b>	<b>Zona:</b>	<b>Seção:</b>	<b>UF Expedição</b>
<b>Possui DEPENDENTES? Se sim, informar dados do Dependente (CPF e data de nascimento)</b>			
<b>Tipo de Dependência: filho(a) ( ) cônjuge ( ) pai/mãe ( )</b>			
<b>Nome do dependente:</b>			
<b>Data de nascimento:</b>			
<b>Idade:</b>			
<b>CPF:</b>			
<b>III - DADOS RESIDENCIAIS</b>			
<b>Endereço :</b>			
<b>Bairro:</b>		<b>Cidade :</b>	<b>UF :</b>
<b>CEP :</b>	<b>DDD:</b>	<b>Telefones :</b>	
Local e Data		Assinatura do aposentado	
_____		_____	

## Anexo II-FORMULÁRIO RECADASTRAMENTO PREVIDENCIÁRIO DE PENSIONISTAS

<b>Instituto de Previdência Social dos Funcionários Municipais de Rio Brilhante - PREVBRILHANTE</b> <b>"ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL"</b>		<b>Uso do Cadastro</b>	
		Recebido em: _____/_____/_____ Servidor(a) _____	
<b>RECADASTRAMENTO PREVIDENCIÁRIO DE PENSIONISTAS</b>			
<b>I - IDENTIFICAÇÃO</b>			
Nome do pensionista:		Data nasc:	
Naturalidade:		UF:	
Escolaridade:		Sexo: F ( ) M ( )	
Nome da mãe:		Idade:	
Nome do pai:			
Data de início da pensão:			
Nome do Instituidor:			
Tipo de Dependência: filho(a) ( ) pai/mãe ( )		cônjuge ( )	Menor de 21 anos: S( ) N ( )
Motivo do início do recebimento da pensão: Já era aposentado ou era servidor ativo:			
Email:			
<b>II - DADOS PESSOAIS</b>			
RG Identidade :	Órgão Emissor/UF :	Data de emissão:	Estado Civil:
PIS/PASEP:	CPF :		
Carteira de Trabalho (CTPS) nº	Série:	Data de expedição:	
Título de eleitor nº	Zona:	Seção:	UF Expedição
Possui DEPENDENTES? Se sim, informar dados do Dependente (CPF e data de nascimento)			
Tipo de Dependência: filho(a) ( )		cônjuge ( )	pai/mãe ( )
Nome do dependente:			
Data de nascimento:			
Idade: _____ CPF: _____			
<b>III - DADOS RESIDENCIAIS</b>			
Endereço :			
Bairro:		Cidade :	UF :
CEP :	DDD:	Telefones :	
<p>Marcar "S" para "SIM" e "N" para "NÃO".</p> <p>Declaro, sob pena prevista no art. 299, do código Penal Brasileiro, que:</p> <p>[ ] percebo Pensão Especial somente pelo PrevBrilhante</p> <p>[ ] continuo no estado civil de solteira (o) e que não convivo maritalmente com qualquer pessoa em união estável conforme dispõe o art. 226, § 3º da Constituição Federal, bem como me enquadro nas condições de dependente estabelecida na Lei 1167/2000.</p> <p>[.....]que exerço emprego/cargo público junto à (o) _____ sob o regime _____</p> <p>( ) CLT ( ) Estatutário;</p> <p>[ ] que não exerço emprego/cargo público permanente.</p> <p>Declaro, sob as penas da Lei serem verdadeiras as informações retro.</p> <p>Local e Data _____ Assinatura do pensionista _____</p>			