

RECADASTRAMENTO E PROVA DE VIDA

Declaro que tenho conhecimento da obrigatoriedade de fazer o **RECADASTRAMENTO/PROVA DE VIDA ANUAL** junto ao Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores Municipais de Luziânia-Go – IPASLUZ-PREVIDÊNCIA, no período estabelecido, **sob pena de suspensão imediata do pagamento do benefício** pago por esse Instituto, apresentando a declaração, bem como as informações abaixo:

DADOS DO BENEFICIÁRIO – APOSENTADO OU PENSIONISTA		
Nome:		DN:
RG:	ÓRGÃO EMISSOR:	
CPF:	Título Eleitor:	
Endereço:		
Bairro:	Complemento:	
Cidade:	UF:	CEP:
E-mail:	Telefones:	
DADOS DO CÔNJUGE OU COMPANHEIRO - DO APOSENTADO (Se houver)		
Nome:		Sexo: FEM (<input type="checkbox"/>) MASC (<input type="checkbox"/>)
Data Nascimento:	CPF:	
Tipo de União: (<input type="checkbox"/>) Casado(a) Civil (<input type="checkbox"/>) União estável com Declaração em Cartório		
DADOS DOS DEPENDENTES - DO APOSENTADO (Se houver)		
NOME	DATA DE NASCIMENTO	GRAU PARENTESCO
Informar se algum dependente apresenta deficiência		
Termo de Responsabilidade: Declaro, sob as penas no art. 299 do Código Penal Brasileiro, que as informações prestadas representam a expressão da verdade.		
OBS:		
Luziânia, Go, _____, de _____ de 20____.		
_____ Assinatura do segurado		