



FAPS -Fundo de Aposentadoria e Pensão do Servidor Municipal

ANEXO III

Decreto nº 6980/2016

DECLARAÇÃO DE PROVA DE VIDA

Declaro que tenho conhecimento da obrigatoriedade de fazer PROVA DE VIDA anual junto ao FAPS, como requisito para a continuidade de recebimento do benefício de aposentadoria e/ou pensão.

NOME COMPLETO: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDADE: _____

_____, _____
Local, data

ASSINATURA: _____

EM CASO DE ALTERAÇÃO DO CADASTRO JÁ EXISTENTE NO FAPS, PREENCHA OS DADOS ABAIXO:

ENDEREÇO:

COMPLEMENTO:.....BAIRRO:

CIDADE: UF: CEP:.....

TELEFONE : (.....)CELULAR: (.....).....

E-MAIL:.....

IMPORTANTE

Parágrafo Único: Os Inativos e os Pensionistas residentes a mais de 100 km da sede do município de Itaqui poderão encaminhar o formulário, **com assinatura e firma reconhecida POR AUTENTICIDADE em cartório**, por via postal, com AR, encaminhado ao endereço do FAPS:

RUA: INDEPENDÊNCIA, 306 - ITAQUI / RS CEP 97650.000

LEMBRETE:

Enviar juntamente com esta declaração a **cópia autenticada do documento de identidade**

Em caso de **CURATELA OU TUTELA**, apresentar o respectivo documento.

PARA O CARTÓRIO: Reconhecimento de firma por AUTENTICIDADE

Recebido: ____/____/____

Servidor: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAQUI
FUNDO DE APOSENTADORIA E PENSÃO DO SERVIDOR

ATUALIZAÇÃO CADASTRAL

Decreto nº 6.980/16 com redação dada pelo Decreto nº 7.747/2019

Anexo IV

Nome:

Estado Civil:

☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viúvo ☐ União Estável

Nome do Cônjuge/Companheiro:

Dependentes para fins Previdenciários:

| NOME | PARENTESCO | CPF |
|------|------------|-----|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Dependentes Imposto de Renda (conforme Legislação Federal):

| NOME | CPF |
|------|-----|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

*** É obrigatório** a entrega de cópia de todos os documentos para fins de comprovação Certidão Casamento, União Estável, Nascimento ou Tutela.

Declaro para os devidos fins que as informações e cópias dos documentos, em anexo a este formulário são verdadeiras. Estou ciente de que os dados constantes nestas serão utilizadas para atualização cadastral junto ao Fundo de Aposentadoria e Pensão do Servidor - FAPS, Receita Federal, Ministério do Trabalho e a outros Órgãos, a fim de atender a legislação vigente.

EM ____ / ____ / ____

Servidor

Aposentado/Pensionista