



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