Jales, \_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.

OFICIO N.º \_\_\_\_/2024

Caro(a) Segurado(a),

De acordo com o Decreto Federal nº 5.729, de 12 de Dezembro de 2016, **os aposentados e pensionistas vinculados ao IMPSJALES deverão realizar o recadastramento anual no mês de seu aniversário.**

Os documentos a serem apresentados são: **RG, CPF e Comprovante de Residência recente.** Os aposentados e pensionistas que residem em outros estados/municípios poderão realizar o recadastramento através da **Declaração da Prova de Vida, conforme modelo em anexo, que deverá ser encaminhada por SEDEX, a via original com a assinatura registrada e reconhecida em cartório (na forma autêntica ou verdadeira), juntamente com cópia autenticada do RG, CPF e Comprovante de Residência atualizado.**

**Informar se há dependentes, caso positivo, fornecer documentação comprovatória (cópia do RG, CPF, certidão de nascimento ou casamento.**

Atenciosamente

Claudir Balestreiro

Superintendente IMPS JALES

Ilustríssimo(a) Senhor(a):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DD. Segurado(a) do

Instituto Municipal de Previdência Social de Jales.

**DECLARAÇÃO DE PROVA DE VIDA 2024**

Declaro que tenho conhecimento da obrigatoriedade de fazer PROVA DE VIDA anual junto ao **INSTITUTO MUNICIPAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DE JALES**, requisito para a continuidade de recebimento do benefício de aposentadoria pago pela Autarquia Previdenciária.

Não tendo condições de comparecer pessoalmente no Instituto Municipal de Previdência Social de Jales no período estabelecido, apresento PROVA DE VIDA conforme informações abaixo:

Nome Completo:.........................................................................................................

.....................................................................................................................................

RG:............................................................CPF:.........................................................

Endereço:....................................................................................................................

Bairro:..........................................................................................................................

Cidade:........................................................................................................................

UF:.........................................................................

CEP:........................................Telefone para contato: (....)...........................

..............................................................................................................

Local, data

..............................................................................................................

Assinatura

*Obs: Esta Declaração deverá ser encaminhada via original com a assinatura registrada e reconhecida em cartório (na forma autêntica ou verdadeira).*