

ANEXO I

FORMULÁRIO DE PROVA DE VIDA

Nome do Segurado: _____

() Aposentado () Pensionista

Endereço: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: _____

RG: _____ SSP/___ CPF: _____

Telefone: () _____

Telefone para recado: () _____

E-Mail: _____

Declaro para fins de **PROVA DE VIDA** junto RPPS de Colorado, que **ESTOU VIVO(A)**. Declaro ainda, que as informações acima são verdadeiras e estou ciente de estar sujeito(a) às penas da legislação pertinente caso tenha afirmado falsamente os dados.

Certifico que na data de ___/___/___, estive na Prefeitura Municipal de Colorado.

Assinatura do Segurado

Assinatura e carimbo do servidor responsável

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, _____, inscrito no CPF nº _____, Documento de Identidade nº _____, órgão expedidor _____, declaro para todos os fins que o endereço de minha residência é _____, Nº _____, Bairro, _____, Município de _____.

Declaro para os devidos fins, que moro no endereço indicado no comprovante em anexo no recadastramento.

Finalmente, declaro ser verdade e afirmo sob as penas da Lei.

Colorado/Pr, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Declarante

ANEXO III
DECLARAÇÃO DE ESTADO CIVIL

Eu, _____,

Brasileiro (a), inscrito no CPF nº _____ e no

RG nº _____,

residente e domiciliado à _____,

declaro para os devidos fins e efeitos legais que meu estado civil atual é _____.

(solteiro, casado, divorciado, viúvo ou união estável)

Por ser expressão da verdade assino a presente declaração.

Colorado/Pr, ____ de _____ de _____.

Assinatura do declarante

ANEXO IV

**REQUERIMENTO PARA AGENDAMENTO DE VISITA IN LOCO PARA
PROVA DE VIDA**

Eu, _____, CPF nº _____, RG nº _____, residente e domiciliado à _____, nº _____, Bairro _____, Município de _____, neste ato representando o (a) segurado(a) _____, CPF nº _____, RG nº _____, por se encontrar este impossibilitado de se dirigir até o local indicado para a Prova de Vida, vem por meio deste, requerer que seja encaminhado servidor até o endereço, abaixo descrito, para realização da Prova de Vida in loco.

Segue em anexo cópia do atestado médico comprovando sua incapacidade de se apresentar no local determinado.

Descrição do Endereço para visita:

Rua/Av.: _____

Nº: _____ Bairro: _____ Neste Município de Colorado/Pr.

Telefone para contato: () _____

Colorado/Pr, ____ de _____ de _____.

Assinatura do requerente

ANEXO V

FORMULÁRIO DE PROVA DE VIDA – VISITA IN LOCO

Certificamos que, após análise do documento apresentado para justificativa da incapacidade de locomoção até o local para a Prova de Vida, foi realizada visita in loco no endereço informado no requerimento do segurado, no que foi realizado a Prova de Vida.

Nome do Segurado: _____

() Aposentado () Pensionista

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

RG: _____

CPF: _____

Telefone: () _____

Telefone para recado: () _____

E-mail: _____

Colorado/Pr, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Segurado

Assinatura e carimbo do servidor responsável