



Diário Oficial
Municípios de Santa Catarina

Sexta-feira, 01 de março de 2024 às 10:53, Florianópolis - SC

PUBLICAÇÃO

**Nº 5683400: IPRESANTOAMARO PORTARIA 01-2024-
RECADASTRAMENTO ANUAL PROVA DE VIDA**

ENTIDADE

Prefeitura Municipal de Santo Amaro da Imperatriz

MUNICÍPIO

Santo Amaro da Imperatriz



<https://www.diariomunicipal.sc.gov.br/?q=id:5683400>

CIGA - Consórcio de Inovação na Gestão Pública
Rua Gen. Liberato Bittencourt, n.º 1885 - Sala 102, Canto - CEP 88070-800 - Florianópolis / SC
<https://www.diariomunicipal.sc.gov.br>



PORTARIA Nº 001/2024

Estabelece a forma e os procedimentos para o Recadastramento Anual, na modalidade Prova de Vida, dos aposentados e pensionistas vinculados ao Regime Próprio de Previdência Social do Município de Santo Amaro da Imperatriz, administrado pelo IPRESANTOAMARO, para fins de manutenção dos benefícios de aposentadoria e pensão.

O Diretor-Executivo do Instituto de Previdência Social dos Servidores Públicos do Município de Santo Amaro da Imperatriz – IPRESANTOAMARO, no uso das atribuições que lhe confere o a Lei Complementar nº 002/2000, e em consonância com as práticas de boa gestão administrativa do RPPS municipal,

RESOLVE:

Art. 1º O Recadastramento Anual dos aposentados e pensionistas beneficiários do Regime Próprio de Previdência Social dos Servidores Públicos do Município de Santo Amaro da Imperatriz, administrado pelo IPRESANTOAMARO, será realizado na modalidade **PROVA DE VIDA**, de acordo com os procedimentos previstos nesta Portaria.

Parágrafo único. Na hipótese de recadastramento para fins de atualização dos dados cadastrais e dos dependentes dos segurados do IPRESANTOAMARO e/ou do procedimento de avaliação pericial para comprovação da manutenção da incapacidade que ensejou a concessão de aposentadoria por invalidez, a Prova de Vida anual dos aposentados e/ou pensionistas poderá ser realizada na mesma oportunidade.

Art. 2º Os aposentados e pensionistas beneficiários do Regime Próprio de Previdência Social dos Servidores Públicos do Município de Santo Amaro da Imperatriz, deverão realizar obrigatória e anualmente a comprovação de vida, sob pena de suspensão do pagamento do benefício e demais providências decorrentes, nos termos da legislação previdenciária, devendo preencher de próprio punho o Formulário de Recadastramento (Anexo I).

§1º O procedimento estabelecido no *caput* deste artigo, no ano de 2024, deverá ser efetuado pelos aposentados e pensionistas, no período de 01/03/2024 a 31/05/2024, sendo condição necessária para a continuidade do recebimento dos proventos de aposentadoria ou pensão.

§2º Nos exercícios seguintes, a Prova de Vida, será feita no mês do aniversário, independente de convocação.

Art. 3º O IPRESANTOAMARO convocará os aposentados e pensionistas:

I – Em primeira tentativa, por contato telefônico ou por WhatsApp;

II – Em segunda tentativa, por correspondência, via AR (Aviso de Recebimento), ao endereço constante do cadastro do beneficiário;

III - por Notificação Pessoal, mediante a coleta de assinatura de ciência.

Parágrafo único. Na hipótese de retorno da correspondência e não sendo identificado o novo endereço a convocação será feita por edital em jornal de circulação regional.

Art. 4º Na convocação para Prova de Vida deverá constar o local, o período, o horário e os documentos obrigatórios que deverão ser apresentados para realizar a comprovação de vida.

Art. 5º No período estabelecido para a comprovação de vida os aposentados e pensionistas deverão comparecer no local e horários designados(s) na convocação, munidos de um dos seguintes documentos originais:

I - Carteira de Identidade (RG) ou Carteira de Motorista (CNH) ou Carteira de Identidade Profissional ou Passaporte válido expedido pela Polícia Federal;

II - Comprovante de endereço atualizado: conta de água, luz, gás, telefone, televisão por assinatura, condomínio, cartão de crédito ou na falta destes deverá preencher e assinar Declaração de Cadastro (Anexo I);

III - Certidão de Casamento ou Declaração Pública de União Estável;

IV - Caso o servidor inativo tenha companheira(o) e não tenha a Declaração Pública de União Estável, deverá preencher e assinar a Declaração de União Estável (Anexo II), devendo reconhecer firma;

V - Caso o servidor inativo seja legalmente casado, mas esteja separado de fato, deverá preencher e assinar a Declaração de Separação de Fato (Anexo III), devendo reconhecer firma;

VI - No caso de existência de Declaração Pública de União Estável, mas tenha cessado a união, ou no caso de alteração de dependente na condição de companheira(o), deverá preencher e assinar a Declaração de Cessação de União estável (Anexo IV);

VII - Caso o servidor inativo esteja separado judicialmente ou divorciado, deverá apresentar Certidão de Casamento com a respectiva averbação ou decisão judicial ou identidade com esta informação;

VIII - Caso o servidor inativo seja viúvo, deverá apresentar Certidão de Óbito do cônjuge ou documento que comprove esta situação;

IX - Caso o servidor inativo seja divorciado, separado judicialmente ou de fato, inclusive de ex-companheiro, deverá informar tal condição através do preenchimento e assinatura da Declaração de Dependência Econômica (Anexo V);

X – Caso o servidor inativo possua filhos maiores de 21 anos, e que estejam inválidos, deverá informar tal condição através do preenchimento e assinatura da Declaração de Existência de Filho Maior Incapaz (Anexo VI).

XI – Caso o servidor receba aposentadoria ou pensão por morte de outro Regime Previdenciário, deverá apresentar Carta de Concessão e comprovante do último pagamento.

§1º O documento de identidade deverá encontrar-se em bom estado de conservação (perfeitamente legível) e ter sido expedido em prazo suficiente para que o beneficiário possa ser identificado pela fotografia.

§2º O documento de identidade apresentado será fotocopiado, sendo sua autenticidade reconhecida por servidor efetivo pertencente a Administração Municipal e acondicionado nos arquivos da unidade autárquica.

Art. 6º Não será comprovada a vida de aposentados e pensionistas que comparecerem ao local estabelecido sem a documentação ou de forma diferente da estabelecida na convocação.

Art. 7º A Prova de Vida deverá ser efetuada pessoalmente pelo aposentado ou pensionista, mediante a assinatura do comprovante de prova de vida, não se admitindo que a mesma seja realizada por procurador do beneficiário, mesmo que legalmente cadastrado no IPRESANTOAMARO.

§1º No caso de beneficiário curatelado ou de pensionista menor de 21 anos a Prova de Vida será feita por meio de seu Representante Legal, devidamente identificado, mediante a apresentação do respectivo documento de Curatela, Guarda ou Tutela e da certidão de nascimento atualizada (expedida em até 30 dias) ou documento de identidade do menor.

§2º Na hipótese prevista no parágrafo anterior o Representante Legal deverá assinar Termo de Responsabilidade, ocasião em que se comprometerá, sob as penas da lei, em comunicar o IPRESANTOAMARO o óbito do beneficiário ou qualquer evento que cesse sua condição de Representante, no período de até 30 dias contados do fato.

§3º Nos casos de Prova de Vida de beneficiário curatelado o IPRESANTOAMARO poderá, por ocasião do comparecimento do Representante Legal, solicitar o agendamento de visita domiciliar para comprovação da vida, realizada conjuntamente com servidor efetivo e/ou contratado, detentor do cargo de Assistente Social do Quadro da Administração Direta.

Art. 8º Estando o aposentado ou pensionista impossibilitado de comparecer no local indicado na convocação, por problemas graves de saúde ou que esteja hospitalizado, esta situação deverá ser comunicada aos servidores do

IPRESANTOAMARO, para realização de visita domiciliar/hospitalar, quando a ocorrência se der na Região da Grande Florianópolis.

Art. 9º Ao aposentado ou pensionista com residência noutra cidade, fora da Região da Grande Florianópolis, a prova de vida será realizada por vídeo conferencia gravada, com pré agendamento e os documentos contidos no art. 5º, desta portaria, deverão ser enviados por meio eletrônico.

Parágrafo único. Apenas após o envio de todos os documentos a prova de vida será considerada para todos os efeitos legais.

Art. 10 Os servidores responsáveis pelo recebimento dos documentos, comprovantes e declarações estabelecidos nesta Instrução deverão ser identificados mediante carimbo e assinatura, bem como verificar a autenticidade dos selos cartorários através de consulta aos sites dos Tribunais de Justiça ou por sinal público.

Art. 11 O IPRESANTOAMARO poderá utilizar equipamento biométrico e fotográfico para cadastro, caso o sistema seja informatizado.

Art. 12 O IPRESANTOAMARO poderá requisitar informações complementares e ou realizar diligências, bem como realizar visita domiciliar ou hospitalar para a consecução de seus objetivos de Prova de Vida.

Art. 13 Findo o período regulamentar para realizar da Prova de Vida, ficarão suspensos os pagamentos dos benefícios dos aposentados e pensionistas que não a realizarem.

Parágrafo único. Após a suspensão do pagamento, os benefícios somente serão liberados mediante a regularização da realização da Prova de Vida, na forma prevista nesta Portaria.

Art. 14 A Diretoria-Executiva do IPRESANTOAMARO efetuará o controle e a gestão de todo o processo da Prova de Vida, definindo os períodos de realização anual do Recadastramento comprobatório de vida, dirimindo dúvidas e analisando os casos omissos.

Art.15 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Santo Amaro da Imperatriz, 01 de março de 2024.

MARLON

CAMPOS:03759861970

Marlon Campos

Diretor-Executivo do IPRESANTOAMARO

Assinado de forma digital por
MARLON CAMPOS:03759861970
Dados: 2024.03.01 10:33:45 -03'00'

CNPJ – 03.752.747/0001-94 - INSC. EST. ISENTO

Rua Frei Fidêncio Feldmann,374- Sala 06 e 07 – Edifício Boing – Centro - Santo Amaro da Imperatriz/SC - Fone : (48) 3245-1141



FORMULÁRIO DE RECADASTRAMENTO / ATUALIZAÇÃO DE DADOS – ANEXO I

1 - DADOS FUNCIONAIS

VÍNCULO: ATIVO [____] INATIVO [____] PENSIONISTA [____] C.P.F: _____

Se inativo, tipo do benefício:

NOME: _____

2 - DADOS PESSOAIS

Nome Mãe: _____

Nome Pai: _____

Sexo: Feminino [] Masculino [] Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Nacionalidade: _____

Cor de acordo com a classificação do IBGE:

() AMARELA () BRANCA () INDIGENA () PARDA () PRETA () NAO DESEJA DECLARAR

U.F Nascimento: ____ Natural de: _____

Estado civil:

Solteiro [] Casado [] Viúvo [] Divorciado [] Sep. Judicialmente [] União Estável [] Sep. de Fato []

Paga Pensão Alimentícia: Sim [] Não [] O pagamento da PA se dá por decisão judicial: Sim [] Não []

Nome do beneficiário da PA: _____

Número RG: _____ Órgão expedidor: _____ UF Órgão Expedidor: _____

Título de Eleitor: _____ Zona Eleitoral: _____ Seção Eleitoral: _____ UF Emissão: _____

3- DADOS ENDEREÇO

Tipo : _____ Logradouro: _____

Número: _____ Complemento: _____ CEP: _____

Bairro: _____ UF Residência: _____ Município: _____

DDD: [_____] Telef. Res/Contato: _____

Outro: _____



**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DOS SERVIDORES PÚBLICOS
DO MUNICÍPIO DE SANTO AMARO DA IMPERATRIZ/SC**

DDD: [_____] Telef. Celular: [_____]

Email: _____

4 - OUTRAS INFORMAÇÕES

Possui Outro Vínculo Público? (___) (S/N) Se SIM; Onde: _____

Possui Outra Aposentadoria? (___) (S/N) Se SIM, (___) INSS (___) Outro: _____

Tipo de Benefício ou Pensão por Morte: _____

DECLARO, sob as penas da lei, que todas as informações acima declaradas são a expressão da verdade.

ASSINATURA: _____ EM: _____ / _____ / 2024.



DECLARAÇÃO DE PROVA DE VIDA – ANEXO I

_____, inscrito (a) no CPF nº _____, com as qualificações firmadas de próprio punho no Formulário de Recadastramento anexo, **DECLARO**, sob as penas da lei, que compareci na sede do IPRESANTOAMARO, para atualizar meus dados cadastrais e fazer **PROVA DE VIDA** anual, que é requisito para a continuidade de recebimento do benefício previdenciário pago pelo Instituto.

Declaro que tenho conhecimento da obrigatoriedade de fazer PROVA DE VIDA anual junto ao IPRESANTOAMARO, a partir de 01/01/2025, para os fins de percepção do benefício previdenciário, na data do mês do meu aniversário.

Por ser o inteiro teor da verdade, firmo a presente,

Santo Amaro da Imperatriz, ____ de junho de 2024.

(assinatura)

ANEXO II**DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL**

DADOS DO SERVIDOR INATIVO	
Nome:	
CPF:	RG:
Endereço:	
Telefone/Celular:	
ESTADO CIVIL	
<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Casado, mas separado de fato <input type="checkbox"/> Divorciado	
<input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Separado via cartório	

DADOS DO COMPANHEIRO(A)	
Nome:	
CPF:	RG:
Endereço:	
Telefone/Celular:	
ESTADO CIVIL	
<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Casado, mas separado de fato <input type="checkbox"/> Divorciado	
<input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Separado via cartório	

Declaro, sob, as penas da lei, que a pessoa acima identificada é meu(minha) companheiro(a), que possuo com ela convivência pública, contínua, duradoura e com o objetivo de constituição de família e que inexistem os impedimentos previstos na Art. 1521 do Código Civil*

Por ser o inteiro teor da verdade, firmo a presente.

Santo Amaro da Imperatriz, ____ de ____ de ____.

Assinatura do Servidor com firma reconhecida

*Art. 1.521. Não podem casar: I - os ascendentes com os descendentes, seja o parentesco natural ou civil; II - os afins em linha reta; III - o adotante com quem foi cônjuge do adotado e o adotado com quem foi o adotante; IV - os irmãos, unilaterais ou bilaterais, e demais colaterais, até o terceiro grau inclusive; V - o adotado com o filho adotante; VI - as pessoas casadas; VII - o cônjuge sobrevivente com o condenado por homicídio ou tentativa de homicídio com o seu consorte.



ANEXO III

DECLARAÇÃO DE SEPARAÇÃO DE FATO

DADOS DO SERVIDOR INATIVO	
Nome:	
CPF:	RG:
Endereço:	
Telefone/Celular:	
ESTADO CIVIL: CASADO	

DADOS DO CÔNJUGE
Nome:

Declaro, sob as penas da lei, estar separado de fato da pessoa acima especificada, desde _____.

Por ser o inteiro teor da verdade, firmo a presente.

Santo Amaro da Imperatriz, ____ de ____ de _____.

Assinatura do Servidor com firma reconhecida

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE CESSAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL

DADOS DO SERVIDOR INATIVO	
Nome:	
CPF:	RG:
Endereço:	
Telefone/Celular:	
ESTADO CIVIL	
<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Casado, mas separado de fato <input type="checkbox"/> Divorciado	
<input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Separado via cartório	
DADOS DO COMPANHEIRO(A)	
Nome:	

Declaro, sob as penas da lei, ter cessado a união estável, desde ___/___/_____, com a pessoa acima identificada.

Por ser o inteiro teor da verdade, firmo a presente.

Santo Amaro da Imperatriz, ____ de ____ de _____.

Assinatura do Servidor com firma reconhecida

ANEXO V

DECLARAÇÃO DE DEPENDÊNCIA ECONOMICA

DADOS DO SERVIDOR INATIVO	
Nome:	
CPF:	RG:
Endereço:	
Telefone/Celular:	
ESTADO CIVIL	
<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Casado, mas separado de fato <input type="checkbox"/> Divorciado	
<input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Separado via cartório	

DADOS DO DEPENDENTE ECONOMICO	
Nome:	
CPF:	RG:
Endereço:	
Telefone/Celular:	
ESTADO CIVIL	
<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Casado, mas separado de fato <input type="checkbox"/> Divorciado	
<input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Separado via cartório	

Declaro, sob as penas da lei, que pago pensão alimentícia à pessoa acima identificada, nos seguintes termos:

(____) por determinação judicial (cópia sentença anexa);

(____) por acordo não formal, com desconto em minha folha de pagamento;

(____) por acordo não formal, diretamente à pessoa.

Por ser o inteiro teor da verdade, firmo a presente.

Santo Amaro da Imperatriz, ____ de ____ de ____.

Assinatura do Servidor com firma reconhecida



ANEXO VI

DECLARAÇÃO DE EXISTÊNCIA DE FILHO INCAPAZ

DADOS DO SERVIDOR INATIVO	
Nome:	
CPF:	RG:
Endereço:	
Telefone/Celular:	

DADOS DO FILHO INCAPAZ	
Nome:	
DATA DE NASCIMENTO:	Maior de 21 anos: () sim () não
CPF:	RG:
Endereço:	
Possui Curador Judicial: () sim () não	
Recebe benefício previdenciário: () sim () não	

Declaro, sob as penas da lei, que sou genitor(a) da pessoa acima identificada, a qual possui a seguinte incapacidade:_____.

Por ser o inteiro teor da verdade, firmo a presente.

Santo Amaro da Imperatriz, ____ de ____ de _____.

Assinatura do Servidor