



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES
DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO



IPAJM

FORMULÁRIO PARA RECADASTRAMENTO – PROVA DE VIDA

REPRESENTANTE LEGAL

NOME COMPLETO BENEFICIÁRIO						
NUMERO FUNC		CPF				
TELEFONE		E-MAIL				
ENDEREÇO						
BAIRRO		CIDADE		UF		PAÍS
CEP						
REPRESENTANTE LEGAL						
CPF REPRESENTANTE						

Data: _____ Assinatura: _____

Obs.: Para que o formulário tenha validade e necessário estar preenchido e assinado, com **firma reconhecida por autenticidade**, bem como estar acompanhado dos documentos descritos na Portaria 013-R, de 21 de dezembro de 2023.

Os Formulários e os respectivos documentos poderão ser enviados:

- 1) Via sistema e-Docs (www.acessociedade.es.gov.br) para o setor responsável, designado em “**Grupos e Comissões**” - “**Comissões e Contratos**” como “**Comissão de Recadastramento**”;
- 2) Entregues na Central de Atendimento do IPAJM;
- 3) Enviados por correspondência, **assunto: Recadastramento**, com Aviso de Recebimento, para Avenida César Hilal, nº 1345, Edifício Center Pax, Santa Lúcia – Vitória – ES, CEP 29.056-083.

Dúvidas: (27) 3201-3180 ou no site do IPAJM – www.ipajm.es.gov.br.