



**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**

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

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 015-R, de 27 de dezembro de 2024.

Os Formulários e os respectivos documentos poderão ser enviados:

- 1) Via sistema e-Docs ([www.acessociedadeo.es.gov.br](http://www.acessociedadeo.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) 3201-3180/3202-8131 ou no site do IPAJM – [www.ipajm.es.gov.br](http://www.ipajm.es.gov.br).**