

**ANEXO II**  
**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 é necessário estar preenchido e assinado, **com firma reconhecida por autenticidade**, bem como, estar acompanhado dos documentos descritos na Portaria nº. 29-R/2025.

Os Formulários e os respectivos documentos poderão ser enviados:

- 1) Via sistema e-Docs ([www.acessocidadao.es.gov.br](http://www.acessocidadao.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).