



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



Controle do IPAJM

Recebido em: ____/____/2014

Por: _____

Processado em: ____/____/2014

Aposentado e/ou pensionista:

O **RECADASTRAMENTO 2014**, para você que reside fora do Estado do Espírito Santo, deverá ser efetuado por meio deste formulário.

O período da atualização cadastral é definido de acordo com a inicial do nome do aposentado ou do pensionista.

Nomes iniciados com:	Início do recadastro	Final do recadastro
A até E	15/03/2014	14/05/2014
F até M	15/05/2014	14/07/2014
N até Z	15/07/2014	14/09/2014

Preencha os campos abaixo, com letra legível, assine, reconheça a firma **POR AUTENTICIDADE** e envie, com aviso de recebimento, observando os períodos acima, para o IPAJM – assunto: Recadastramento, situado na Avenida Cezar Hilal, nº 1345, no bairro Santa Lúcia, em Vitória/ES - CEP: 29056-083.

No caso de beneficiário incapaz residente fora do Estado do Espírito Santo, seu procurador ou curador deverá preencher o Formulário de Recadastramento, assinar o documento, reconhecer a firma por autenticidade e encaminhar o formulário para o IPAJM por correspondência, juntamente com cópia autenticada da Procuração ou Termo de Curatela, bem como, laudo médico que ateste a incapacidade do aposentado ou pensionista, ou entregar o formulário e apresentar os documentos originais na Central de Atendimento do IPAJM acompanhados de cópia simples.

O recadastramento é obrigatório e atende ao previsto no inciso II, art. 9º da Lei Federal nº 10.887/2004 e § 3º do art. 14 da Lei Complementar Estadual nº 282/2004, que obriga o beneficiário a se recadastrar periodicamente sob pena de suspensão de seu pagamento. O não recebimento deste formulário no prazo estipulado implicará na suspensão do pagamento dos benefícios, a contar do mês subsequente.

Este formulário está disponível também para impressão no site do IPAJM www.ipajm.es.gov.br, no botão à direita da página – “Recadastramento”.

Dúvidas: 0800-2836640, (27)3636-4242 ou no site do IPAJM

FORMULÁRIO DE RECADASTRAMENTO PREVIDENCIÁRIO 2014

Nome:

Nº Funcional/Matrícula:

CPF:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

DDD/Telefones:

Email:

Declaro serem verdadeiras as informações acima, sob as penas da Lei.

Local e Data

Assinatura