



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



DECLARAÇÃO DE IMPOSSIBILIDADE DE COMPARECIMENTO

Eu, _____
_____, portador do RG nº _____, órgão
expedidor _____, e CPF nº _____, declaro, para os
devidos fins, na qualidade de requerente/beneficiário do INSTITUTO DE
PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO - IPAJM, em
conformidade com o art. 14 da Lei Complementar Estadual nº 282/2004, que não foi
possível comparecer ao setor de atendimento da Autarquia Estadual para formulação
presencial do pedido, em razão de:

() Moléstia contagiosa, conforme cópia do atestado/laudo médico em anexo;

() Impossibilidade de locomoção em razão de _____

_____;

() _____

_____ (outro motivo justificado);

Outrossim, ratifico serem verdadeiras as informações prestadas, estando ciente de
que a informação falsa incorrerá nas penas do crime do art. 299 do Código Penal
(falsidade ideológica), e implicará no cancelamento do benefício, com a restituição
integral dos recursos.

_____, ____ de _____ de _____. (Cidade/UF)

Assinatura do Declarante