

APOSENTADO E/OU PENSIONISTA:

O recadastramento 2026 para você que está impossibilitado de se dirigir a sede do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Município de Linhares – IPASLI, seja por motivo de saúde ou por residir em outro município, Estado ou País, será efetuado por meio deste formulário.

O recadastramento anual é obrigatório e atende ao previsto no Decreto nº 1008/2023, que obriga o beneficiário a se recadastrar periodicamente sob pena de suspensão do seu pagamento e PORTARIA/IPASLI Nº 0113/2026 de 07/05/2026 que estabelece normas e diretrizes para realização de prova de vida anual referente ao ano de 2026, para benéficos concedidos até 31/12/2025.

INSTRUÇÕES:

- **PARA OS BENEFICIÁRIOS QUE RESIDEM FORA DO MUNICÍPIO DE LINHARES:**

Preencher o formulário de recadastramento, com letra legível ou digitado, assinar, **reconhecer firma por autenticidade** no cartório para residentes no Brasil ou no consulado ou embaixada para residentes no exterior e enviar o formulário para o IPASLI por meio dos Correios, com Aviso de Recebimento (AR).

- **PARA OS BENEFICIÁRIOS INCAPAZES QUE RESIDEM FORA DO MUNICÍPIO DE LINHARES:**

Para a realização do recadastramento de beneficiário incapaz residente fora do município de Linhares, seu representante legal deverá preencher o Formulário de Recadastramento, assinar o documento, **reconhecer firma por autenticidade** no cartório para residentes no Brasil ou no consulado ou embaixada para residentes no exterior e encaminhar o formulário para o IPASLI junto à cópia autenticada do documento que comprove a representação, bem como, laudo médico que ateste a incapacidade e vida do beneficiário (caso apresentado em língua estrangeira, deverá ser acompanhado de tradução juramentada), com emissão de, no máximo, 02 (dois) meses, via Correios com Aviso de Recebimento (AR).

- **PARA OS BENEFICIÁRIOS MENORES QUE RESIDEM FORA DO MUNICÍPIO DE LINHARES:**

Para a realização do recadastramento de pensionista menor de 18 anos residente fora do município de Linhares, seu representante legal deverá preencher o Formulário de Recadastramento, assinar o documento, **reconhecer firma por autenticidade** no cartório para residentes no Brasil ou no consulado ou embaixada para residentes no exterior e encaminhar o formulário, junto à cópia autenticada do documento que comprove a representação (caso tutor), via Correios com Aviso de Recebimento (AR).

**FORMULÁRIO DE RECADASTRAMENTO
REFERENTE AO ANO DE 2026**

NOME:

BENEFÍCIO: APOSENTADORIA PENSÃO MATRÍCULA:

DATA DE NASCIMENTO: ESTADO CIVIL:

RG: UF: CPF:

ENDEREÇO:

BAIRRO: CIDADE:

CEP: TELEFONES:

DEPENDENTES

1 – NOME:

RG: UF: CPF:

DATA DE NASCIMENTO: PARENTESCO:

2 – NOME:

RG: UF: CPF:

DATA DE NASCIMENTO: PARENTESCO:

3 – NOME:

RG: UF: CPF:

DATA DE NASCIMENTO: PARENTESCO:

SE PENSIONISTA, INFORMAR O SERVIDOR INSTITUIDOR DA PENSÃO:

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

Local do preenchimento (Cidade e Estado), data do preenchimento.

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

O reconhecimento de firma deve ser por autenticidade no cartório.

**FORMULÁRIO DE RECADASTRAMENTO
REFERENTE AO ANO DE 2026**

NOME:

BENEFÍCIO: APOSENTADORIA PENSÃO MATRÍCULA:

DATA DE NASCIMENTO: ESTADO CIVIL:

RG: UF: CPF:

ENDEREÇO:

BAIRRO: CIDADE:

CEP: TELEFONES:

DEPENDENTES

1 – NOME:

RG: UF: CPF:

DATA DE NASCIMENTO: PARENTESCO:

2 – NOME:

RG: UF: CPF:

DATA DE NASCIMENTO: PARENTESCO:

3 – NOME:

RG: UF: CPF:

DATA DE NASCIMENTO: PARENTESCO:

SE O BENEFICIÁRIO É CURATELADO, INFORMAR OS DADOS DO CURADOR:

NOME:

RG: UF: CPF:

DATA DE NASCIMENTO: PARENTESCO:

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

Local do preenchimento (Cidade e Estado), data do preenchimento.

ASSINATURA DO CURADOR

O reconhecimento de firma deve ser por autenticidade no cartório.

**FORMULÁRIO DE RECADASTRAMENTO
REFERENTE AO ANO DE 2026**

NOME:

BENEFÍCIO: APOSENTADORIA PENSÃO MATRÍCULA:

DATA DE NASCIMENTO: ESTADO CIVIL:

RG: UF: CPF:

ENDEREÇO:

BAIRRO: CIDADE:

CEP: TELEFONES:

DEPENDENTES

1 – NOME:

RG: UF: CPF:

DATA DE NASCIMENTO: PARENTESCO:

2 – NOME:

RG: UF: CPF:

DATA DE NASCIMENTO: PARENTESCO:

3 – NOME:

RG: UF: CPF:

DATA DE NASCIMENTO: PARENTESCO:

SE O BENEFICIÁRIO É TUTELADO, INFORMAR OS DADOS DO TUTOR:

NOME:

RG: UF: CPF:

DATA DE NASCIMENTO: PARENTESCO:

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

Local do preenchimento (Cidade e Estado), data do preenchimento.

ASSINATURA DO TUTOR

O reconhecimento de firma deve ser por autenticidade no cartório.

**FORMULÁRIO DE RECADASTRAMENTO
REFERENTE AO ANO DE 2026**

NOME:

BENEFÍCIO: APOSENTADORIA PENSÃO MATRÍCULA:

DATA DE NASCIMENTO: ESTADO CIVIL:

RG: UF: CPF:

ENDEREÇO:

BAIRRO: CIDADE:

CEP: TELEFONES:

DEPENDENTES

1 – NOME:

RG: UF: CPF:

DATA DE NASCIMENTO: PARENTESCO:

2 – NOME:

RG: UF: CPF:

DATA DE NASCIMENTO: PARENTESCO:

3 – NOME:

RG: UF: CPF:

DATA DE NASCIMENTO: PARENTESCO:

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

Local do preenchimento (Cidade e Estado), data do preenchimento.

ASSINATURA DO APOSENTADO

O reconhecimento de firma deve ser por autenticidade no cartório.