

Art. 1º EXONERAR, a pedido, nos termos do art. 55, letra "b" da Lei nº 1.596/2001, o servidor PEDRO MIGUEL DUTRA ANACLETO, do cargo em comissão de Encarregado - PC - OP4, na Secretaria Municipal de Governo.

publicação.

Viana/ES, 30 de novembro de 2021.

WANDERSON BORGHARDT BUENO  
Prefeito Municipal de Viana

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua

**Protocolo 756980**

### **PORTARIA Nº 007, DE 29 DE NOVEMBRO DE 2021**

ESTABELECE PROCEDIMENTOS PARA REALIZAÇÃO DA PROVA DE VIDA DOS APOSENTADOS E PENSIONISTAS DO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DOS SERVIDORES PÚBLICOS DE VIANA- IPREVI.

**A DIRETORA-PRESIDENTE DO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE VIANA - IPREVI**, no uso de suas atribuições legais constantes na Lei nº 1.595/2001 e,

Considerando as disposições constantes no inciso II, art.9º da Lei Federal nº 10.887/2004 e da Lei Municipal nº 3013/2019 que promoveu alteração na Lei Municipal nº 1595/2001;

Considerando que compete ao IPREVI a gestão previdenciária dos benefícios previdenciários, notadamente o de aposentadoria, bem como o de pensão por morte;

Considerando a necessidade de manter uma base de dados constante e atualizado no cadastro dos aposentados e pensionistas deste Instituto, com a finalidade de evitar fraudes ou pagamentos indevidos; e

Considerando as normas foram estabelecidas pela Portaria nº 012, de 29/07/2019, publicada no DOM/ES-Edição nº 1316 em 31/07/2019.

#### **RESOLVE:**

**Art. 1º** Estabelecer, os critérios para o **Prova de Vida** dos aposentados e pensionistas vinculados a este RPPS, abrangendo o Poder Executivo e Legislativo, tendo como base o mês de aniversário do beneficiário, nos termos do art. 38 da Lei nº 1.595/2001.

#### **CAPÍTULO I: DO PERÍODO E LOCAL DA REALIZAÇÃO DA PROVA DE VIDA**

**Art. 2º** A prova de vida será realizada, anualmente, no mês de aniversário do servidor aposentado ou pensionista, na sede do Instituto de Previdência de Viana- IPREVI, de segunda a sexta feira, no horário de 10:00 as 16:00 horas.

**§1º** A prova de vida deverá ser realizada de forma presencial, com o comparecimento do aposentado ou pensionista, excepcionadas as hipóteses expressamente previstas nesta Portaria;

**§2º** O servidor aposentado ou o pensionista que possui mais de um vínculo deverá realizar a prova de vida apenas uma vez, informando cada um dos vínculos.

**§3º** Ao final da realização da prova de vida o aposentado ou pensionista receberá do atendente o comprovante de realização da prova de vida.

**Art. 3º** O aposentado ou pensionista menor ou incapaz deverá realizar a prova de vida acompanhado pelo representante legal.

**§1º** O (s) tutor (es), guardião (ões) e curador (es) do (s) aposentado(s) e pensionista(s) deverão apresentar, além da documentação do aposentado ou pensionista indicada no *caput* do art. 3º, os seguintes documentos:

- a) original da tutela, termo de guarda ou curatela.
- b) documento de identidade oficial do representante legal.

**§2º** O pensionista menor também pode realizar a prova de vida acompanhado de representante do Conselho Tutelar ou do Ministério Público.

#### **CAPÍTULO II: DA DOCUMENTAÇÃO**

**Art. 4º** Para realização da prova de vida o servidor aposentado ou pensionista deverá apresentar a documentação abaixo indicada (original):

##### **§1º Para os servidores aposentados:**

- a) Documento de identificação oficial, com foto;
- b) Cadastro de Pessoa Física (CPF);

##### **§2º Para os pensionistas:**

- a) Documento de identificação oficial, com foto;

b) Cadastro de Pessoa Física (CPF);

### CAPÍTULO III: DA VISITA DOMICILIAR

**Art. 5º** Os aposentados e pensionistas residentes nos municípios da Região Metropolitana da Grande Vitória/ES (Cariacica, Guarapari, Serra, Fundão, Viana, Vila Velha e Vitória) impossibilitados de locomoção em decorrência de doença grave ou incapacitante, comprovadas por laudo médico, emitido em até 90 (noventa) dias anteriores à data da prova de vida, e os maiores de 90 (noventa) anos, poderão requerer a visita domiciliar para realização da prova de vida, observadas as seguintes condições:

**I** - A visita domiciliar deve ser solicitada pelo beneficiário ou representante legal com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

**II** - O pedido deverá ser formulado através do e-mail [iprevibeneficio@viana.es.gov.br](mailto:iprevibeneficio@viana.es.gov.br), devendo ser anexado atestado médico emitido em até 90 (noventa) dias, que comprove a condição de impossibilidade de locomoção.

**III** - Será dispensada a apresentação de laudo médico para a solicitação de visita domiciliar da prova de vida dos beneficiários com idade igual ou superior a 90 anos.

**§1º** O servidor ou pessoa designada pelo IPREVI para a realização da visita domiciliar deverá, obrigatoriamente, apresentar ao solicitante da visita documento oficial de identidade e a credencial expedida pelo IPREVI.

**§2º** Ao final da realização da prova de vida o servidor ou pessoa designada pelo IPREVI entregará ao aposentado, pensionista ou representante legal o comprovante da prova de vida.

### CAPÍTULO IV: DO RESIDENTE FORA DO ESPÍRITO SANTO

**Art. 6º** Na hipótese do aposentado ou pensionista residir em território nacional, mas fora do Estado do Espírito Santo, este deverá encaminhar ao IPREVI correspondência registrada, constando as seguintes documentações:

- a) Cópia autenticada em cartório da documentação elencada no art. 4º desta Portaria;
- b) Declaração de Vida, Residência e Estado Civil, emitida em cartório, expedida no mês da realização da prova de vida, **com reconhecimento de firma por autenticidade** conforme Anexos I e II;
- c) Ficha de Recadastramento devidamente preenchido, conforme Anexo III.

**§1º** Os formulários descritos no item " b" e "c", estarão disponíveis no site da PMV no endereço <http://www.viana.es.gov.br/site/secretaria/IPREVI> ou poderá ser solicitado através do e-mail: [iprevibeneficio@viana.es.gov.br](mailto:iprevibeneficio@viana.es.gov.br).

**§2º** Não será aceita Declaração de Vida, Residência e Estado Civil com reconhecimento de firma por semelhança.

**§3º** Não serão aceitas as correspondências enviadas com documentos faltantes, incompletos ou que não atendam às especificações desta Portaria, sendo, nessa hipótese, o beneficiário considerado não recadastrado/não realizou prova de vida.

**Art. 7º** Na hipótese do aposentado ou pensionista residir fora do Brasil, este deverá encaminhar ao IPREVI correspondência registrada, constando as seguintes documentações:

- a) Cópia autenticada em cartório da documentação elencada no art. 4º desta Portaria;
- b) Declaração de Vida, Residência e Estado Civil lavrada na Embaixada ou Consulado Brasileiro do País de sua residência, conforme Anexos I e II;
- c) Ficha de Recadastramento devidamente preenchido, conforme Anexo III

**§1º** Os formulários descritos no item " b" e "c", estarão disponíveis no site da PMV no endereço <http://www.viana.es.gov.br/site/secretaria/IPREVI> ou poderá ser solicitado através do email: [iprevibeneficio@viana.es.gov.br](mailto:iprevibeneficio@viana.es.gov.br).

**§2º** No caso de apresentação de documentação em idioma diverso da Língua Portuguesa, esta deverá ser enviada acompanhada da respectiva tradução juramentada, devidamente apostilada.

**§3º** Não serão aceitas as correspondências enviadas com documentos faltantes, incompletos ou que não atendam às especificações desta Portaria, sendo, nessa hipótese, o beneficiário considerado não recadastrado, não realizou a prova de vida.

### CAPÍTULO V: DOS RECLUSOS

**Art. 8º** O aposentado ou pensionista impedido de realizar a prova de vida devido ao cumprimento de sentença de reclusão deve encaminhar ao IPREVI correspondência registrada, constando as seguintes documentações:

- a) Cópia autenticada em cartório da documentação elencada no art. 4º desta Portaria, acompanhado de atestado ou declaração de Permanência Carcerária em papel timbrado, expedido pela Instituição Carcerária;
- b) Declaração de Estado Civil, se pensionista, conforme Anexo II;
- c) Ficha de recadastramento devidamente preenchido, conforme Anexo III.

**CAPÍTULO VI: DOS INTERNADOS EM HOSPITAL**

**Art. 9º** O responsável pelo aposentado ou pensionista que se encontra internado em Unidade Hospitalar deverá apresentar ao IPREVI declaração/laudo do médico atestando a internação do paciente naquela data.

**Parágrafo único.** Nesses casos, o prazo para a realização do recadastramento e da prova de vida deverá ser realizada em até 30 (trinta) dias após o recebimento da alta do beneficiário.

**Art. 10** Os servidores aposentados e pensionistas que não realizarem a prova de vida terão seus pagamentos suspensos no mês subsequente ao fim do prazo concedido.

**§1º** Na hipótese prevista no caput, o restabelecimento do pagamento dependerá do comparecimento do servidor aposentado e pensionista para a realização da prova de vida.

**§2º** O restabelecimento do pagamento dar-se-á na folha de pagamento imediatamente posterior a do mês em que ocorrer a prova de vida, assim como deverá ser incluso nessa folha o pagamento da diferença dos meses de pagamento que foram suspensos.

**§3º** Após 06 (seis) meses de suspensão, será cancelado o pagamento dos proventos e pensões, por não realização da prova de vida, observando o direito à ampla defesa e ao contraditório.

**Art. 11** É da inteira responsabilidade do aposentado, pensionista, do tutor, do curador ou representante legal a adoção das medidas necessárias à realização da prova de vida junto ao IPREVI.

**Art. 12** Os casos omissos serão resolvidos pela Diretoria Executiva do IPREVI.

**Art. 13.** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Viana/ES, 29 de novembro de 2021.

**MARIA DA PENHA LOPES SOARES ROCHA**

Diretora-Presidente

**ANEXO I**

(Preenchimento obrigatório e legível)

**DECLARAÇÃO DE VIDA E RESIDÊNCIA**

Declaro para os devidos fins de direito que se fizerem necessários, que eu \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, portador(a) do CPF \_\_\_\_\_  
 RG \_\_\_\_\_, nascido(a) na data de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ em \_\_\_\_\_,  
 estou vivo(a) e resido na rua/ avenida \_\_\_\_\_,  
 nº \_\_\_\_\_, complemento \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_,  
 cidade \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_,  
 cujo telefone para contato é o (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
 (Local e Data)

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do Beneficiário

**(COM FIRMA RECONHECIDA EM CARTÓRIO POR AUTENTICIDADE)**

**ANEXO II**

(Preenchimento obrigatório e legível)

**DECLARAÇÃO DE ESTADO CIVIL - PENSIONISTAS**

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_, Órgão  
 expedidor \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, E-mail \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_,

Telefone nº (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, nascido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, natural de \_\_\_\_\_, Filho de \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, residente \_\_\_\_\_,  
 \_\_\_\_\_, na Cidade de \_\_\_\_\_, Estado de \_\_\_\_\_,

Pensionista vinculado ao Instituto de Previdência Social dos Servidores Públicos de Viana- IPREVI, DECLARO  
 que o meu estado civil atual é \_\_\_\_\_.

Declaro, sob as penas da Lei, que são verdadeiras e completas as informações prestadas neste documento.

Ciente, firmo o presente em uma única via.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
(Local e Data)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Beneficiário  
(COM FIRMA RECONHECIDA EM CARTÓRIO POR AUTENTICIDADE)

### RECADASTRAMENTO MANUAL DE BENEFICIÁRIO

#### ANEXO III

#### FICHA PARA RECADASTRAMENTO DE APOSENTADOS E PENSIONISTAS

( ) APOSENTADO

( ) PENSIONISTA

Nome do aposentado/pensionista:			
CPF:	RG:	Órgão Expedidor	Data de Nascimento
Nome da Mãe			
Nome do Pai			
Endereço (Rua / Avenida / Nº)			Bairro
Cidade		Estado	CEP
Telefone (DDD / Nº)	Pis/Pasep	E-mail	

#### Se pensionista, preencher também o quadro abaixo:

Nome do ex-servidor		
CPF do ex-servidor	RG	Data de Nascimento
Grau de parentesco	Órgão de origem	Data de óbito

#### Preencha abaixo, com os dados do tutor ou curador, se for o caso:

Nome Completo		Data da tutela ou curatela
CPF	RG	Telefone (DDD / Nº)
Endereço (Rua / Avenida / Nº)		CEP
Cidade	Estado	Bairro

Nome	RG	CPF	Data de Nascimento	Parentesco	Capacidade

#### DADOS DOS DEPENDENTES

Local	Data:	Assinatura
-------	-------	------------

Destacar

COMPROVANTE DE RECADASTRAMENTO- ANO \_\_\_\_\_

Assinatura do aposentado ou pensionista: \_\_\_\_\_

Recebido por: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**Protocolo 757016**

**www.amunes.es.gov.br**