

PREFEITURA MUNICIPAL ITAQUI - RS



GABINETE DO PREFEITO

DECRETO Nº 7.217-17

Altera o Decreto nº 6.980-16.

JARBAS DA SILVA MARTINI, prefeito, no uso das atribuições conferidas pelo Art. 53, letra “h”, da Lei Orgânica, e,

Considerando a necessidade anual de atualização dos dados dos servidores inativos e pensionistas do FAPS, para a continuidade do recebimento do Provento ou Pensão.

DECRETA

Art. 1º O Decreto nº 6.980/2016, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 3º (...)
(...)

§ 2º Os CAD's subsequentes ao primeiro formulário, denominados **"DECLARAÇÃO DE PROVA DE VIDA"**, bem como eventuais alterações do Cadastro já existente no FAPS, serão informados e comprovados na forma estabelecida no Anexo III deste Decreto, sem prejuízo do Parágrafo único do Artigo 4º deste Decreto.

(...).”

“Art. 4º (...)

Parágrafo Único. Os inativos e os pensionistas residentes a mais de 100 Km da sede do Município de Itaqui poderão encaminhar o formulário/declaração, com a assinatura e firma reconhecida em cartório, por autenticidade, por via postal, com AR, encaminhado ao endereço do FAPS, constante do caput do art. 4º deste Decreto.”

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Gabinete do Prefeito, em 29 de Setembro de 2017.

JARBAS DA SILVA MARTINI
Prefeito

Registre-se e Publique-se

Roberto Gudolle Zacouteguy
Chefe de Gabinete

Publicação:
Período: 29-09-2017 a 13-10-2017
Local: ÁTRIO DA PREFEITURA MUNICIPAL

PREFEITURA MUNICIPAL ITAQUI - RS



GABINETE DO PREFEITO

(do DECRETO Nº 6980-16, com redação dada pelo Decreto n.º 7.217-17)

DECLARAÇÃO DE PROVA DE VIDA

Declaro que tenho conhecimento da obrigatoriedade de fazer PROVA DE VIDA anual junto ao FAPS, como requisito para a continuidade de recebimento do benefício de aposentadoria e/ou pensão.

NOME COMPLETO: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDADE: _____

_____, _____
Local, data

ASSINATURA: _____

EM CASO DE ALTERAÇÃO DO CADASTRO JÁ EXISTENTE NO FAPS, PREENCHA OS DADOS ABAIXO:

ENDEREÇO:
COMPLEMENTO:.....BAIRRO:
CIDADE: UF: CEP:.....
TELEFONE : (.....)CELULAR: (.....).....
E-MAIL:.....

IMPORTANTE

Parágrafo Único: Os Inativos e os Pensionistas residentes a mais de 100 km da sede do município de Itaqui poderão encaminhar o formulário, **com assinatura e firma reconhecida POR AUTENTICIDADE em cartório**, por via postal, com AR, encaminhado ao endereço do FAPS:

RUA: INDEPENDÊNCIA, 306 - ITAQUI / RS CEP 97650.000

LEMBRETE:

Enviar juntamente com esta declaração a **cópia autenticada do documento de identidade**

Em caso de **CURATELA OU TUTELA**, apresentar o respectivo documento.

PARA O CARTÓRIO: Reconhecimento de firma por AUTENTICIDADE

Recebido: ____/____/____

Servidor: _____