



Estado de Santa Catarina  
**INSTITUTO DE PREV. DOS SERVIDORES PÚBLICOS  
DO MUNICÍPIO DE LEOBERTO LEAL – IPRELL**  
CNPJ: 03.916.700/0001-19

Ofício Circular n.º 015/2024

Leoberto Leal, 19 de junho de 2024.

Aos Aposentados e Pensionistas do IPRELL

Prezados,

Em cumprimento aos dispositivos legais contidos no Artigo 69, §8º da Lei 8.212/91, vimos por meio deste solicitar que seja realizada a Prova de Vida nas seguintes condições:

Para o **APOSENTADO OU PENSIONISTA MAIOR DE IDADE: PRESENCIAL**: É necessário que o aposentado ou pensionista compareça ao Instituto de Previdência – IPRELL, com Carteira de Identidade (RG) ou Carteira de Motorista (CNH) ou Carteira de Identidade Profissional ou Passaporte válido expedido pela Polícia Federal.

(O documento de identidade deverá estar em bom estado de conservação (legível) e ter sido expedido em prazo suficiente para que o beneficiário possa ser identificado pela fotografia).

Para o **APOSENTADO OU PENSIONISTA MAIOR DE IDADE: RECONHECIMENTO DE ASSINATURA**: O aposentado ou pensionista com residência em outra Região, Estado ou País, poderá apresentar o Atestado de Vida, por declaração com **firma reconhecida por autenticidade em cartório** (modelo ANEXO I) e remete-lo ao RPPS, juntamente com cópia (frente e verso) autenticada do documento de identidade.

Para o **BENEFICIÁRIO CURATELADO** O procedimento é presencial e deverá ser realizado acompanhado do seu Representante Legal, devidamente identificado. O Atestado de Vida deverá ser feito por meio de seu Representante Legal, devidamente identificado, mediante a **apresentação do respectivo documento de Curatela e do documento de identidade do curatelado, ou da Certidão de Nascimento, atualizada, expedida em prazo não superior a 30 dias.** O



Estado de Santa Catarina

**INSTITUTO DE PREV. DOS SERVIDORES PÚBLICOS  
DO MUNICÍPIO DE LEOBERTO LEAL – IPRELL**

CNPJ: 03.916.700/0001-19

Representante Legal deverá assinar o Termo de Responsabilidade (modelo ANEXO II), ocasião em que se comprometerá, sob as penas da lei, em comunicar ao RPPS o óbito do beneficiário ou qualquer evento que cesse sua condição de Representante, no período de até 30 dias contados do fato.

**Na impossibilidade de comparecimento ao RPPS**, o *Atestado de Vida* poderá ser efetuado por **Declaração Pública em cartório**, que conste o comparecimento do Curatelado no tabelionato, juntamente com seu Representante Legal, para fins de comprovação de vida junto ao RPPS.

A **Declaração Pública**, o **Termo de Responsabilidade** preenchido se assinados, juntamente com a cópia (frente e verso) autenticada do documento de identidade do pensionista (curatelado) e do Representante Legal, deverão ser enviadas ao RPPS (endereço: Rua Mainolvo Lehmkuhl, 20, Centro, Leoberto Leal/SC, CEP: 88445-000).

Para o **PENSIONISTA MENOR DE IDADE**: O procedimento é presencial e deverá ser realizado acompanhado do seu Representante Legal (Pai/Mãe, Tutor ou Guardião), devidamente identificado. O *Atestado de Vida* deverá ser feito por meio de seu Representante Legal, devidamente identificado, mediante a **apresentação do respectivo documento de Guarda ou Tutela e do documento de identidade do menor, ou da Certidão de Nascimento, atualizada, expedida em prazo não superior a 30 dias**. O Representante Legal deverá assinar o Termo de Responsabilidade (modelo ANEXO II), ocasião em que se comprometerá, sob as penas da lei, em comunicar ao RPPS o óbito do beneficiário ou qualquer evento que cesse sua condição de Representante, no período de até 30 dias contados do fato.

**Na impossibilidade de comparecimento ao RPPS**, o *Atestado de Vida* poderá ser efetuado por **Declaração Pública em cartório**, que conste o comparecimento do menor no tabelionato, juntamente com seu Representante Legal, para fins de comprovação de vida junto ao RPPS.

A **Declaração Pública**, o **Termo de Responsabilidade** preenchidos e assinados, juntamente com a cópia (frente e verso) autenticada do documento de identidade do pensionista (curatelado) e do Representante Legal, deverão ser enviadas ao RPPS (endereço: Rua Mainolvo Lehmkuhl, 20, Centro, Leoberto Leal/SC, CEP: 88445-000).



Estado de Santa Catarina

**INSTITUTO DE PREV. DOS SERVIDORES PÚBLICOS  
DO MUNICÍPIO DE LEOBERTO LEAL – IPRELL**

CNPJ: 03.916.700/0001-19

**DATAS PARA REALIZAÇÃO DA PROVA DE VIDA**

Aos aniversariantes que completarem idade do mês de **JANEIRO ATÉ A DATA DE 30/06/2024** a prova de vida deverá ser realizada até a data de **30/07/2024** e aos demais, conforme tabela que segue:

<b>DATA DE ANIVERSÁRIO</b>	<b>DATA PARA A PROVA DE VIDA</b>
MÊS DE JULHO	ATÉ 30 DE AGOSTO
MÊS DE AGOSTO	ATÉ 30 DE SETEMBRO
MÊS DE SETEMBRO	ATÉ 30 DE OUTUBRO
MÊS DE OUTUBRO	ATÉ 30 DE NOVEMBRO
MÊS DE NOVEMBRO	ATÉ 15 DE DEZEMBRO
MÊS DE DEZEMBRO	ATÉ 30 DE JANEIRO/2025

Os aposentados e pensionistas que começaram a receber o benefício no exercício de 2024 ficam dispensados de realizarem a Prova de Vida neste ano.

Sendo o que se apresenta para o momento, aproveitamos a oportunidade para renovar protestos de elevada estima e distinta consideração.

Respeitosamente,



**ALINE KRAUS**

*Diretora Executiva do IPRELL*



Estado de Santa Catarina  
**INSTITUTO DE PREV. DOS SERVIDORES PÚBLICOS  
DO MUNICÍPIO DE LEOBERTO LEAL – IPRELL**  
CNPJ: 03.916.700/0001-19

**ANEXO I**

**DECLARAÇÃO DO ATESTADO DE VIDA**

Declaro que tenho conhecimento da obrigatoriedade de fazer a “Declaração do ATESTADO DE VIDA” anualmente junto ao Instituto de Previdência dos Servidores Públicos do Município de Leoberto Leal – IPRELL, como requisito para a continuidade do recebimento do benefício de \_\_\_\_\_, pago pela Autarquia Previdenciária Municipal, conforme informações abaixo:

<b>Nome Completo do Beneficiário:</b>		
<b>CPF n°:</b>	<b>RG n°</b>	
<b>Estado Civil:</b>		
<b>Endereço do Beneficiário:</b>		
<b>Bairro:</b>	<b>Cidade/Estado</b>	<b>CEP:</b>
<b>Nome do Responsável Legal:</b>		
<b>Telefones para Contato:</b>		
<b>E-mail (se possuir):</b>		
<b>Local, Data:</b>		

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



Estado de Santa Catarina

**INSTITUTO DE PREV. DOS SERVIDORES PÚBLICOS  
DO MUNICÍPIO DE LEOBERTO LEAL – IPRELL**

CNPJ: 03.916.700/0001-19

**ANEXO II**

\_\_\_\_\_ na  
qualidade de ( ) Representante Legal ( ) Procurador do(a) aposentado(a) ou pensionista (*nome do  
beneficiário*) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, conforme instrumento legal incluso,  
pelo presente Termo de Responsabilidade comprometo-me a comunicar ao Instituto de Previdência  
dos Servidores Públicos do Município de Leoberto Leal – IPRELL, o óbito do  
aposentado/pensionista, no prazo de 30 (trinta) dias contados do fato, mediante a apresentação da  
respectiva certidão.

Se procurador, comprometo-me, ainda, a comunicar ao Instituto de Previdência dos Servidores  
Públicos do Município de Leoberto Leal – IPRELL, no mesmo prazo, qualquer outro evento que  
possa anular a procuração apresentada nesta data.

Estou ciente que o descumprimento do compromisso ora assumido, além de obrigar a devolução de  
importâncias recebidas indevidamente, quando for o caso, sujeitar-me-á à responsabilização penal.

Local, data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Representante Legal ou Procurador.