



PREFEITURA MUNICIPAL DE ECOPORANGA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
Gabinete do Prefeito

DECRETO Nº 9.414, de 22 de Janeiro de 2024.

DISPÕE SOBRE A OBRIGATORIEDADE DE REALIZAÇÃO DE PROVA DE VIDA DOS APOSENTADOS E PENSIONISTAS MANTIDOS PELO TESOIRO DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA MUNICIPAL E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS

O Prefeito Municipal de Ecoporanga, Estado do Espírito Santo, no uso de suas atribuições legais que lhe confere a Lei Orgânica do Município de Ecoporanga/ES.

RESOLVE:

Art. 1º Estabelecer critérios para realização de **Prova de Vida** para todos os servidores aposentados e pensionistas da Administração Direta do Município de Ecoporanga/ES, que percebam pensões ou proventos da Fazenda Pública Municipal, segundo os prazos e critérios estabelecidos neste decreto.

Art. 2º A Prova de Vida é de caráter obrigatório e pessoal, com exceção do servidor aposentado ou pensionista que se encontrar incapacitado para comparecer ou se locomover até o local da realização da prova de vida.

Art. 3º O servidor aposentado ou pensionista que se encontrar incapacitado para comparecer ou se locomover até o local do cadastro, deverá se fazer representar por procurador legalmente constituído, o qual deve estar munido de instrumento público de mandado, que será anexado ao formulário cadastral do representado.

CAPÍTULO I DO PERÍODO, LOCAL E DOCUMENTAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PROVA DE VIDA

Art. 4º O servidor Aposentado ou Pensionista deverá comparecer no período de 15 (quinze) de fevereiro de 2024 a 15 (quinze) de março de 2024, de segunda a sexta-feira, das 07h00 às 11h00, no Setor de Recursos Humanos, localizado no prédio da Prefeitura Municipal de Ecoporanga/ES.

Art. 5º A prova de vida será realizada por meio de formulário (Anexo I), devendo o servidor aposentado ou pensionista apresentar no ato, os documentos (originais) abaixo listados, bem como, a documentação de seus dependentes, quando houver, conforme (Anexo II) e estado civil, conforme (Anexo III):

§1º Para os servidores Aposentados:

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



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ECOPORANGA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

Gabinete do Prefeito

§2º Para os Pensionistas:

- a) Documento de identificação oficial, com foto;
- b) Cadastro de Pessoa Física (CPE);
- c) Declaração de Estado Civil.

§3º Representante Legal:

- a) Documento de identificação oficial, com foto;
- b) Cadastro de Pessoa Física (CPF);
- c) Original de tutela, termo de guarda ou curatela, procuração.

**CAPÍTULO II
DA SUSPENSÃO E RESTABELECIMENTO DO PAGAMENTO**

Art. 6º Findado o prazo previsto no artigo 4º deste decreto, o servidor aposentado ou pensionista que não realizar a prova de vida terá seus proventos ou pensão suspensos no mês subsequente.

Art. 7º O restabelecimento do pagamento dar-se-á na folha de pagamento do mês subsequente à realização da prova de vida, assim como, deverá ser incluso nesta folha o pagamento do período suspenso.

Art. 8º Fica estabelecido, que após a suspensão do pagamento, o servidor aposentado ou pensionista que não comparecer ao Setor de Recursos Humanos para regularização da situação, qual seja, realização da prova de vida, poderá ter o benefício cancelado, devendo ser observado o direito de ampla defesa e contraditório do beneficiário.

Parágrafo Único. É de inteira responsabilidade do servidor aposentado ou pensionista, bem como do representante legal, a adoção de todas as medidas cabíveis para a realização da prova de vida.

Art. 9º Este Decreto será publicado no Diário Oficial dos Municípios do Estado do Espírito Santo – DOM/ES, no sítio eletrônico oficial do Município de Ecoporanga/ES (<https://www.ecoporanga.es.gov.br/>), e no quadro de avisos da Prefeitura Municipal de Ecoporanga/ES.

Art. 10. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Registre-se. Publique-se e Cumpra-se.

Gabinete do Prefeito Municipal de Ecoporanga, Estado do Espírito Santo, aos 22 (vinte e dois) dias do mês de Janeiro (01), do ano de dois mil e vinte e quatro (2024).

**ELIAS DAL' COL
Prefeito Municipal**



PREFEITURA MUNICIPAL DE ECOPORANGA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Gabinete do Prefeito

ANEXO I
PROVA DE VIDA DOS SERVIDORES APOSENTADOS E PENSIONISTAS

| | | | |
|--|---|---|----------------------------|
| NOME: | | | |
| CPF: | | | |
| NOME SOCIAL: | | | |
| ENDEREÇO: | | Nº: | MUNICÍPIO: |
| BAIRRO: | | CEP: | |
| LOGRADOURO: | | | |
| COMPLEMENTO: | | | |
| E-MAIL: | | | |
| TELEFONE FIXO: | | TELEFONE CELULAR: | |
| NATURALIDADE: | | NASCIMENTO: | |
| *ÁREA DE INSTRUÇÃO: | | | |
| *INSTRUÇÃO: | | | |
| ESTADO CIVIL: | | RELIGIÃO: | |
| COR DA PELE: | | TIPO SANGÜÍNEO: | |
| PESO: | | COR DO CABELO: | |
| ALTURA: | | COR DOS OLHOS: | |
| DEFICIENTE: | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | TIPO DEFICIÊNCIA: | |
| RG: | | ORG. EXP. RG: | EMIÇÃO RG: ____/____/____ |
| UF RG: | | *CTPS: | SÉRIE CTPS: |
| RIC: | | DATA CTPS: ____/____/____ | UF CTPS: |
| EXPEDIÇÃO RIC: ____/____/____ | | ÓRGÃO EMISSOR RIC: | |
| DADOS RESERVISTA: | | C RES Nº | DATA: ____/____/____ |
| TIPO RESERVA: | | SITUAÇÃO: | |
| RM: | | CSM: | |
| DADOS ELEITORAIS | | TÍTULO Nº: | EMIÇÃO: ____/____/____ |
| ZONA: | | MUNICÍPIO: | SEÇÃO: |
| CERTIDÃO DE NASCIMENTO | | Nº CERTIDÃO: | LIVRO: |
| FOLHA: | | CARTÓRIO: | |
| MATRÍCULA: | | CARTÃO SUS: | |
| PIS Nº: | | CADASTRO PIS: ____/____/____ | |
| BANCO PIS: | | AGÊNCIA PIS: | |
| *CONSELHO TRAB.: | | | |
| NOME: | | | |
| DATA DE EXPEDIÇÃO: ____/____/____ | | DATA DE VENCIMENTO: ____/____/____ | |
| UF: | | ÓRGÃO EXPEDIDOR: | |
| CNH Nº: | | CATEGORIA ÓRGÃO: | UF: |
| REGISTRO CNH: | | 1ª HABILITAÇÃO: ____/____/____ | |
| DATA EXPEDIÇÃO CNH: ____/____/____ | | VENCIMENTO: ____/____/____ | |
| NOME DO PAI: | | | |
| NOME DA MÃE: | | | |
| CASAMENTO: | | DATA: ____/____/____ | |
| CARTÓRIO: | | | |
| LIVRO: | | FOLHA: | MATRÍCULA: |
| DADOS DA APOSENTADORIA E/OU PENSÃO POR MORTE | | | |
| CARGO DE ORIGEM DO BENEFÍCIO | | TIPO DE BENEFÍCIO | |
| | | APOSENTADORIA POR TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO () APOSENTADORIA POR INVALIDEZ () APOSENTADORIA POR IDADE () APOSENTADORIA PROPORCIONAL () PENSÃO POR MORTE () | |
| SE PENSÃO POR MORTE, INFORMAR NOME DO SERVIDOR QUE DEU ORIGEM AO BENEFÍCIO | | | |
| | | | |
| DATA DE INÍCIO DO BENEFÍCIO | | MOLÉSTIA GRAVE | SE SIM, ESPECIFICAR CID 10 |
| | | () SIM () NÃO | |
| OBSERVAÇÕES: | | | |
| Declaro, sob as penas da Lei, que os dados informados neste formulário correspondem à expressão da verdade | | | |
| Data: ____/____/____. Assinatura do Beneficiário/ Representante legal: _____ | | | |



PREFEITURA MUNICIPAL DE ECOPORANGA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
Gabinete do Prefeito

ANEXO II
DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES PARA FINS DE DEDUÇÃO NO IMPOSTO DE RENDA

| | | | |
|------------------------|--|--------|--------------|
| NOME DO DECLARANTE: | | | |
| CPF: | ESTADO CIVIL: | RG: | PIS/PASEP: |
| ENDEREÇO: | | | CEP: |
| BAIRRO: | CIDADE: | | ESTADO: |
| NOME DO DEPENDENTE: | | | |
| DATA DE NASCIMENTO | SEXO | C.P.F. | ESTADO CIVIL |
| ____/____/____ | M () F () | | |
| CIDADE/UF DO CARTÓRIO: | | | |
| NOME CARTÓRIO: | | | |
| NOME DA MÃE: | | | |
| RELAÇÃO DE DEPENDÊNCIA | Imposto Renda | | |
| | () Sim () Não | | |
| CAPACIDADE | () Capaz () Inválido/Capaz () Inválido/ Incapaz () Universitário () Outros | | |
| TIPO DE PARENTESCO | () Cônjuge | | |
| | () Ex-cônjuge | | |
| | () pais, avós ou bisavós | | |
| | () Companheiro há mais de 05 anos ou União Estável | | |
| | () Filho/enteado Universitário ou em Escola Técnica | | |
| | () Irmão, neto ou bisneto sem arrimo dos pais | | |
| | () Universitário ou cursando Escola técnica de 2º grau | | |
| | () Menor Pobre do qual detenha a guarda judicial | | |
| | () Pessoa absolutamente incapaz da qual seja tutor | | |
| | () Filho/ enteado | | |
| () Agregado/ outros | | | |

Declaro para fins do Imposto de Renda que é meu dependente a pessoa acima relacionada. Ciente da Proibição da dedução de um mesmo dependente por ambos os cônjuges, declaro, sob as penas da Lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, não cabendo a fonte pagadora nenhuma responsabilidade perante a fiscalização.

Ecoporanga, ____/____/____

ASSINATURA DO DECLARANTE

CÓDIGO PENAL — ART. 299: Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante. Pena de Reclusão, de 1 a 5 anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 a 3 anos, e multa, se o documento é particular. Se o declarante é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

OBSERVAÇÃO: ANEXAR DOCUMENTO (S) COMPROBATÓRIO (S) CONFORME O CASO

- Certidão de nascimento (dependentes);
- CPF (dependentes);
- Caderneta de vacinação ou equivalente, dos dependentes de até 6 anos de idade;
- Comprovação de frequência escolar dos dependentes de 7 a 14 anos de idade;
- Termo de Adoção (filho adotivo);
- Certidão de Casamento (cônjuge);
- Termo de Tutela (menor de 21 anos);
- Prova de União Estável (companheiro);
- Declaração Especial feita perante Tabelião (enteados, mãe, pai, padrasto e madrasta); e
- Demais comprovantes legais pertinentes a cada caso.

ATENÇÃO *Preencher uma ficha para cada dependente.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ECOPORANGA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
Gabinete do Prefeito

ANEXO III
DECLARAÇÃO DE ESTADO CIVIL – PENSIONISTA

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____,
Órgão expedidor _____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____, E-mail: _____,
_____, Telefone nº _____, nascido em ____/____/____, natural de _____,
_____, filho de _____ e _____
residente e domiciliado na Cidade de _____, Estado de _____,
Pensionista, 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

OBSERVAÇÃO - deverá ser anexado a Declaração de Estado Civil do Pensionista: segunda via de Certidão de Casamento, emitida nos últimos 90 (noventa) dias, e/ou em caso de pensionista menor de idade, segunda via da Certidão de Nascimento, emitida nos últimos 90 dias.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ECOPORANGA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
Gabinete do Prefeito

ANEXO IV
COMPROVANTE DE RECADASTRAMENTO DO APOSENTADO OU PENSIONISTA ANO _____.

Nome do aposentado/pensionista: _____

Declaro que o (a) Sr.(a) _____

() aposentado () pensionista () representante legal

Compareceu em ____/____/____ neste Setor de Recursos Humanos da Prefeitura Municipal de Ecoporanga/ES, para RECADASTRAMENTO.

Assinatura e matrícula do atendente