



**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES  
PÚBLICOS MUNICIPAIS DE FORMIGA - PREVIFOR**

**CNPJ: 05.121.894/0001-91**

**PORTARIA Nº. 078 / 2018**

**Determina a Comprovação de Vida Obrigatória Anual de servidores inativos e pensionistas do Instituto de Previdência dos Servidores Públicos Municipais de Formiga – PREVIFOR.**

*A Superintendente Executiva do PREVIFOR, no uso da competência que lhe foi conferida pelo artigo 119 inciso I da Lei 4172/2009; Considerando a necessidade da **Comprovação de Vida Obrigatória Anual** dos beneficiários do PREVIFOR; Considerando a necessidade de base de dados cadastrais atualizada para a realização da Avaliação Atuarial Anual obrigatória aos RPPS e considerando a necessidade de monitoramento constante de benefícios previdenciários no âmbito do PREVIFOR.*

**DETERMINA:**

**Art. 1º** - Todos os servidores inativos e pensionistas vinculados ao PREVIFOR, bem como os inativos e pensionistas cujos benefícios são de responsabilidade financeira do Município nos termos do art. 9º §1º da Lei 4172/2009, deverão realizar **ANUALMENTE a Comprovação de Vida Obrigatória** até, **no máximo, o dia 10 do Mês de Aniversário do Beneficiário**, a contar do mês posterior ao mês de publicação desta Portaria (Janeiro de 2019), a ser realizado **presencialmente** na Praça Olegário Maciel, nº 42, Centro, no horário de 9h às 15h, de segunda a sexta-feira.

**Art. 2º** - A **Comprovação de Vida Obrigatória Anual** será efetuada mediante preenchimento de formulário próprio fornecido pelo PREVIFOR, sem emendas ou rasuras e acompanhado dos seguintes documentos:

**I** – Inativos: formulário devidamente preenchido - Anexo I, acompanhado dos **documentos pessoais originais e dos documentos que comprovem qualquer alteração das informações constantes de seu cadastro.**

**II** – Pensionistas: formulário devidamente preenchido - Anexo I, **acompanhado dos documentos pessoais originais e de cópia reprográfica dos documentos que comprovem qualquer alteração das informações** constantes de seu cadastro, além da apresentação obrigatória de:

**a)** No caso de pensionistas menores de vinte e um anos de idade e maiores de dezesseis anos de idade, declaração de não emancipação.

**b)** Os pensionistas inválidos deverão submeter-se a avaliação médica pericial a cargo do PREVIFOR, para verificação da manutenção da invalidez.



# INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE FORMIGA - PREVIFOR

CNPJ: 05.121.894/0001-91

**§ 4º Considera-se atualizada, para os efeitos da Comprovação de Vida Obrigatória Anual, a certidão com data de emissão com no máximo 30 dias anterior ao dia 10 do mês de Aniversário do beneficiário.**

**Art. 3º** - Todos os campos do formulário de **Comprovação de Vida Obrigatória Anual** são de preenchimento obrigatório.

**Parágrafo Único** - Os formulários com preenchimento incompleto ou que não estejam instruídos com os documentos exigidos pela presente Portaria, serão desconsiderados para efeito de Comprovação de Vida Obrigatória Anual.

**Art. 4º** - A Comprovação de Vida Obrigatória Anual será realizada por procuração, constituído por instrumento público, exclusivamente nas seguintes situações:

**I** - Servidores inativos e pensionistas que estejam comprovadamente impossibilitados de realizar o recadastramento presencial na Praça Olegário Maciel, 42, Centro, Formiga - MG;

**II** - Servidores inativos e pensionistas residentes no exterior.

**Art. 5º** - Para as situações descritas no inciso I do artigo precedente, a procuração, por instrumento público, deve conferir poderes específicos para realizar a **Comprovação de Vida Obrigatória Anual**, perante o PREVIFOR, e deverá ter sido outorgada no ano corrente da comprovação.

**Art. 6º** - Os servidores inativos e pensionistas que estiverem sob **internação hospitalar comprovada por meio de atestado médico**, poderão realizar a Comprovação de Vida Obrigatória Anual por **meio de procuração particular**, cujo mandatário apresentará os seguintes documentos:

**I** - Atestado Médico carimbado e datado por médico credenciado ao Conselho Regional de Medicina - CRM, constando a patologia do paciente, o Código Internacional de Doenças - CID e também o poder de autodeterminação do paciente.

**§1º** - O Atestado Médico mencionado no caput será válido por 30 (trinta) dias contados da data de emissão.

**§2º** - O representante deverá comparecer no endereço mencionado no art. 1º, munido **documentos pessoais originais destes**.

**Art. 7º** - Os servidores inativos e pensionistas que se **encontrarem reclusos**, cumprindo medida judicial ou presos preventivamente, deverão realizar a Comprovação de Vida Obrigatória Anual mediante **declaração de permanência**, emitida pela respectiva Unidade Prisional.

**Art. 8º** - O representante do servidor inativo ou pensionista sob medida judicial deverá comparecer no endereço indicado no art. 1º, munido do formulário de Comprovação de Vida Obrigatória Anual, devidamente preenchido e assinado; original da declaração expedida pela Unidade Prisional, emitida no ano corrente da comprovação, além



**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES  
PÚBLICOS MUNICIPAIS DE FORMIGA - PREVIFOR**

**CNPJ: 05.121.894/0001-91**

---

de documentos pessoais de ambos.

**Art. 9º – A falta de Comprovação de Vida Obrigatória Anual**, dentro do prazo estipulado e a inobservância das normas estabelecidas nesta Portaria, bem como o não cumprimento das demais disposições legais vigentes, implicará na **suspensão do benefício**.

**Art. 10º –** Os demais casos não explicitados nesta Portaria poderão ser esclarecidos no PREVIFOR.

**Art. 11º –** Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

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

Formiga, 18 de dezembro de 2018.

**MARLLA XAVIER LEITÃO**

Superintendente Executiva



**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES  
PÚBLICOS MUNICIPAIS DE FORMIGA - PREVIFOR**  
CNPJ: 05.121.894/0001-91

**ANEXO I  
COMPROVAÇÃO DE VIDA OBRIGATÓRIA ANUAL**

**DADOS DE INATIVOS OU PENSIONISTAS:**      ( ) PREFEITURA      ( ) PREVIFOR

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Matrícula:** \_\_\_\_\_

**RG:** \_\_\_\_\_ **CPF:** \_\_\_\_\_ **Data de Nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**NIS (NIT/PIS/PASEP):** \_\_\_\_\_ **Título Eleitoral:** \_\_\_\_\_ **Zona:** \_\_\_\_ **Seção:** \_\_\_\_\_

**Estado civil:** \_\_\_\_\_ **Cônjuge/Companheiro(a):** \_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_ **Nº:** \_\_\_\_\_

**Bairro:** \_\_\_\_\_ **Cidade:** \_\_\_\_\_

**Telefone:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Celular:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_

**DEPENDENTES PREVIDENCIÁRIO DO BENEFICIÁRIO:**

<b>Nome:</b>	<b>Sexo:</b>	<b>Parentesco:</b>	<b>Data Nasc:</b>	<b>CPF:</b>	<b>Inválido:</b>

**Formiga/MG,** \_\_\_\_\_ **de** \_\_\_\_\_ **de** \_\_\_\_\_.

Responsabilizo-me, para todos os efeitos, pela veracidade das informações acima expressas.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Servidor**

Responsabilizo-me, para todos os efeitos, pela conferência das informações acima expressas.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Servidor (Conferência)**