



IPREM

Passeio Salvador, 123/127 - Centro
CEP 15385-000 - Ilha Solteira, SP
Fone: (18) 3742-4375 / 3742-4373

Site
www.ipremisa.sp.gov.br
E-mail
previdencia@ipremisa.sp.gov.br



Instituto de Previdência Municipal - Entidade autárquica criada pela Lei Municipal nº 007, de 23/12/93 - CNPJ 59.761.494/0001-71

RECADASTRAMENTO DE BENEFICIÁRIO – PROVA DE VIDA

() Aposentado

() Pensionista

Nome do aposentado/pensionista:	
CPF:	
RG:	Órgão Expedidor:
Data de Nascimento:	
Sexo:	

Banco de Recebimento do Benefício:			
Agência nº:			
Conta Corrente nº:			
Nome da Mãe:			
Nome do Pai:			
Endereço:		nº:	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Telefone (DDD/nº):		Celular (DDD/nº):	
E-mail:			

Responsável pelo beneficiário indicado:

Telefone/Celular:

Se pensionista, preencher também o quadro abaixo:

Nome do ex-servidor: _____

CPF do ex-servidor:	
RG do ex-servidor:	Órgão Expedidor:



IPREM

Passeio Salvador, 123/127 - Centro
CEP 15385-000 - Ilha Solteira, SP
Fone: (18) 3742-4375 / 3742-4373

Site
www.ipremisa.sp.gov.br
E-mail
previdencia@ipremisa.sp.gov.br



Instituto de Previdência Municipal - Entidade autárquica criada pela Lei Municipal nº 007, de 23/12/93 - CNPJ 59.761.494/0001-71

Data de Nascimento:
Grau de parentesco:
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:	Órgão Expedidor:
Telefone (DDD/nº):	
Endereço:	nº:
Bairro:	Cidade:
Estado:	

Ilha Solteira, _____ de _____ de 2025.

Assinatura abaixo pertence ao:

() Beneficiário () Tutor () Curador () Genitor () Outro _____

Assinatura: _____

Se a prova de vida for realizada via postal, a assinatura deverá vir com firma reconhecida por autenticidade

Se a prova de vida for realizada por servidor do IPREM-ISA, a assinatura, nome e matrícula do servidor, com o respectivo carimbo:

Servidor do IPREM-ISA responsável pela Prova de Vida:

Assinatura, matrícula e carimbo:
