



TERMO DE RECADASTRAMENTO/PROVA DE VIDA MANUAL

Segurado ativo (civil ou militar)     Segurado aposentado (civil ou militar)     Pensionista

Motivo para realização do cadastramento/prova de vida manual

- Encontrar-se ou residir no exterior.
- Encontrar-se o segurado ou pensionista impossibilitado, por motivo de doença grave ou dificuldade de locomoção ou por ser declarado incapaz ou interditado, de comparecer à instituição financeira e de constituir representante legal, estando fora do território do Estado do Ceará.
- Outro (Descrever, resumidamente o motivo):

Nome do segurado ou pensionista:		Data Nascimento:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
CPF:	Órgão de origem:	Matrícula:		
RG:	RG – Órgão expedidor:	RG – Data da expedição:		
Nome da mãe:				
Endereço nacional (Rua, Av.):		Número:	Complemento:	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:	
Endereço no exterior, quando for o caso (Logradouro):		Número:	Complemento:	
Bairro:	Cidade:	Estado:	País:	Código Postal:
Telef. nacional (Celular):	Telef. exterior (Celular):	Telef. exterior (Fixo):	E-mail:	

**Se representado, preencher o quadro abaixo**

Responsável (Nome):			Data do documento:	
Tipo: <input type="checkbox"/> Genitor(a) <input type="checkbox"/> Tutor(a) <input type="checkbox"/> Curador(a) <input type="checkbox"/> Guardião(ã) <input type="checkbox"/> Procurador(a) <input type="checkbox"/> Outro				
RG:	RG – Órgão expedidor:		RG – Data da expedição:	
CPF:	Telefone (Celular):	Telefone (Fixo):	E-mail:	
Endereço nacional (Rua, Av.):		Número:	Complemento:	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:	

**Se pensionista, preencher o quadro abaixo**

Vínculo de parentesco ou relacionamento com o instituidor:			
<input type="checkbox"/> Cônjuge supérstite	<input type="checkbox"/> Divorciado(a) com pensão alimentícia	<input type="checkbox"/> Separado de fato com pensão alimentícia	<input type="checkbox"/> Filho(a) ou tutelado(a) maior inválido(a)
<input type="checkbox"/> Companheiro(a)	<input type="checkbox"/> Separado juridicamente com pensão alimentícia	<input type="checkbox"/> Filho(a) ou tutelado(a) menor	<input type="checkbox"/> Outro vínculo, declarado

**Se pensionista, preencher o quadro abaixo quanto ao Instituidor da Pensão**

Nome do segurado falecido:		
Órgão de origem:	Matrícula (opcional):	CPF (opcional):
RG do Instituidor: (opcional)	Órgão Expedidor: (opcional)	Data Expedição: (opcional)

**Observações**

Descrever informações consideradas relevantes, não contempladas nos registros acima realizados:
-------------------------------------------------------------------------------------------------

**Declaração de veracidade, data e local**

O informante declara, para todos os fins e efeitos e sob as penas da lei, que as informações constantes deste Termo de Recadastramento/Prova de Vida Manual que assina, são verdadeiras e autênticos são os documentos apresentados, ficando ciente de que a falsidade desta Declaração configura crime, passível de apenação na forma do Código Penal Brasileiro.		
Local (Cidade, Estado, País)	Assinatura do Declarante (Segurado, Pensionista, Representante legal ou Preposto/Familiar):	Data da assinatura:

**Recadastramento/Prova de Vida no exterior**

Nome da Cidade/Estado/País:	Endereço do órgão de representação diplomática brasileira:	Data comparecimento:
-----------------------------	------------------------------------------------------------	----------------------

**Instruções para o recadastramento/prova de vida manual:**

Na hipótese de recadastramento/prova de vida no exterior, o segurado ativo, o aposentado ou o pensionista ou, quando for o caso, o respectivo responsável legal, deverá preencher este Termo de Recadastramento/Prova de Vida Manual e comparecer ao órgão de representação diplomática brasileira ou outro competente visando obter documento de comprovação de vida e de residência no País em que se encontrar, em papel timbrado do órgão emissor, encaminhando à SEPLAG/Ceará os seguintes documentos:

- Termo de Recadastramento/Prova de Vida Manual, no original, assinado;
- Documento original de comprovação de vida e de residência no exterior, em papel timbrado, expedido pelo órgão de representação diplomática brasileira ou outro competente;
- Cópia autenticada do documento oficial de identificação (RG civil ou militar, Carteira Nacional de Habilitação – CNH, Carteira de Trabalho - CTPS, Passaporte, carteira de reservista ou carteira de órgão de classe), e CPF do segurado ativo, aposentado ou pensionista, deste último, sendo menor, cópia autenticada da Certidão de Nascimento;
- Cópia autenticada do documento oficial de identificação (RG civil ou militar, Carteira Nacional de Habilitação – CNH, Carteira de Trabalho - CTPS, Passaporte, carteira de reservista ou carteira de órgão de classe) e CPF do responsável legal, do termo de tutela, curatela ou guarda, ou da procuração pública, quando for o caso, constando, dentre os poderes outorgados, a autorização para realizar o recadastramento/prova de vida.

No caso de realização do recadastramento/prova de vida de segurado que esteja fora do território do Estado do Ceará, por motivo de impossibilidade de comparecimento pessoal à instituição financeira e de constituir representante legal para realizar o procedimento, por motivo, exclusivamente, de doença grave, dificuldade de locomoção ou por ser o recadastrando declarado incapaz em processo judicial, este Termo de Recadastramento/Prova de Vida Manual deverá ser preenchido por preposto ou familiar do segurado ou pensionista, encaminhando à SEPLAG os seguintes documentos:

- Termo de Recadastramento/Prova de Vida Manual, no original, assinado;
- Declaração expedida por médico, no original, em papel timbrado da rede pública ou privada, constando o número do CID e a identificação do médico com o respectivo número do CRM, emitida com até 30 (trinta) dias de antecedência da sua exibição, quando for o caso de doença grave ou dificuldade de locomoção;
- Documento hábil, no original ou cópia autenticada em cartório, expedido pelo Poder Judiciário, declarando incapaz ou interditado o segurado ou pensionista, quando for a hipótese de incapacidade ou interdição declarada em processo judicial;
- Comprovante de vida, atestado por médico, no original, em papel timbrado da rede pública ou privada, constando a identificação do médico, com respectivo número de inscrição no CRM, ou expedida por tabelião, em qualquer uma dessas hipóteses, com data de emissão de até 30 (trinta) dias de antecedência da data da realização do recadastramento/prova de vida manual;
- Cópia autenticada do documento oficial de identificação (RG civil ou militar, Carteira Nacional de Habilitação – CNH, Carteira de Trabalho - CTPS, Passaporte, carteira de reservista ou carteira de órgão de classe) e CPF do segurado ativo, aposentado ou pensionista, deste último, sendo menor, cópia autenticada da Certidão de Nascimento;
- Foto atual do segurado ativo, aposentado ou pensionista, de corpo inteiro; e
- Cópia autenticada do documento oficial de identificação (RG civil ou militar, Carteira Nacional de Habilitação – CNH, Carteira de Trabalho - CTPS, Passaporte, carteira de reservista ou carteira de órgão de classe) e CPF do declarante, quando for o caso.

O presente Termo de Recadastramento/Prova de Vida Manual deverá ser impresso, preenchido e assinado pelo declarante e encaminhado, via postal, junto com os demais documentos, conforme acima relacionado, à Secretaria do Planejamento e Gestão – SEPLAG, com endereço na Av. Gal. Afonso Albuquerque Lima, s/n, Edifício SEPLAG, 3º Andar, Cambéa, Fortaleza-CE, CEP 60.822-325.