



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DE SANTA LEOPOLDINA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

PORTARIA / IPSL N.º 014/2025

**DISPÕE SOBRE OS INSTRUMENTOS
DA PROVA DE VIDA E
RECADASTRAMENTO DE
APOSENTADOS E PENSIONISTAS.**

A DIRETORA PRESIDENTE DO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DE SANTA LEOPOLDINA, Estado do Espírito Santo, no uso de suas atribuições legais, contidas nas Leis Municipais n.º 1961/2025, c/c o Decreto Municipal n.º 015/2025.

R E S O L V E:

Art. 1º – O INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DE SANTA LEOPOLDINA – IPSL realizará anualmente a prova de vida e recadastramento dos beneficiários observando os critérios desta portaria, sendo condição obrigatória à continuidade do pagamento do benefício.

§1º – São responsáveis abrangidos por esta portaria:

I - Os Aposentados e Pensionistas vinculados ao IPSL;

§2º – São competências do IPSL:

I - Divulgar o Calendário anual de prova de vida;

II - Divulgar prazos, canais de atendimento e documentação necessária;

III - Coordenar e supervisionar as atividades decorrentes desta portaria;

IV - Suspender e restabelecer o pagamento dos benefícios.

§3º – Compete aos beneficiários atender à convocação e realizar a prova de vida junto aos IPSL, sob pena de suspensão do benefício recebido.

§4º – Documentos necessários para a realização da prova de vida e Recadastramento:



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DE SANTA LEOPOLDINA

ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

- I - RG ou Documento oficial com foto atual;
- II - CPF;
- III - Comprovante de Residência atual (conta de água, luz ou telefone);
- IV - Certidão de Casamento;
- V - Certidão de Nascimento dos Filhos menores de 18 anos;
- VI – RG e CPF dos dependentes e cônjuge;
- VII - Certidão de Óbito do Cônjuge (apenas para pensionistas);
- VIII – Preenchimento e assinatura da ficha fornecida pelo Instituto de Previdência.

§5º – Na impossibilidade de realização da prova de vida pelo próprio beneficiário, o recadastramento deverá ser realizado por representante legal através de procuração registrada em cartório.

§6º - Caso o beneficiário não possa realizar a entrega da documentação na sede do IPSL, o mesmo deverá solicitar a ficha para preenchimento via e-mail – ipsl@santaleopoldina.es.gov.br, deverá preencher, assinar e encaminhar juntamente com toda documentação solicitada com firma reconhecida em cartório e enviar por correio para o endereço (Instituto de Previdência de Santa Leopoldina – IPSL, Rua Reginaldo Terra, 914, Centro, Santa Leopoldina-ES, CEP: 29.640-000).

§7º - O aposentado e pensionista que tiver acesso à conta **gov.br** (do Governo Federal) poderá realizar a prova de vida através do aplicativo – Menu – Prova de Vida – Fazer reconhecimento Facial.

Art. 2º - O beneficiário que não realizar a prova de vida dentro do prazo estipulado terá seu benefício suspenso imediatamente no mês subsequente ao do término do prazo estabelecido.

Paragrafo Único – O pagamento do benefício, inclusive os créditos vencidos, somente será restabelecido após serem prestados os esclarecimentos e informações necessárias.



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DE SANTA LEOPOLDINA

ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Art. 3º – O período abrangente para realização de prova de vida e recadastramento será de **13/08/2025 á 30/09/2025** e deverá ser realizada presencialmente na sede do Instituto de Previdência de Santa Leopoldina-ES.

Art. 4º - Essa Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º – Revogam-se as disposições em contrário.

Santa Leopoldina / ES, 04 de Agosto de 2025.

Patrícia Teles Leppaus
Diretora Presidente do Instituto de Previdência de
Santa Leopoldina / ES – IPSL



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DE SANTA LEOPOLDINA

ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

ANEXO I

DECLARAÇÃO DE PROVA DE VIDA

Declaro que tenho conhecimento e obrigatoriedade de fazer PROVA DE VIDA anual junto ao IPSL como requisito para a continuidade de recebimento de benefício de aposentadoria e de pensão por morte, pagos pela Autarquia Previdenciária.

Sendo assim, apresento PROVA DE VIDA conforme dados abaixo:

Nome Completo: _____

RG: _____ CPF: _____ Estado Civil: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

CEP: _____ Telefone: _____

Email: _____

Possui mais de 01 (um) benefício (aposentadoria/pensão) no IPSL, INSS ou Outro RPPS? **SIM () NÃO ()**

Se sim, qual? _____

Local e Data _____

Assinatura

Documentos Originais apresentados:

- ◇ RG
- ◇ CPF
- ◇ COMP. RESIDÊNCIA
- ◇ CERTIDÃO DE CASAMENTO (APOSENTADO)
- ◇ RG E CPF CONJUGE
- ◇ CERTIDÃO DE NASCIMENTO FILHOS MENORES DE 21 ANOS
- ◇ RG E CPF FILHOS MENORES DE 21 ANOS
- ◇ CERTIDÃO DE ÓBITO DO CONJUGE (PENSIONISTA)