



**DECRETO Nº 029/2023, DE 11 DE JULHO DE 2023.**

DISPÕE SOBRE AS REGRAS E OS PROCEDIMENTOS PARA O RECADASTRAMENTO ANUAL, NA MODALIDADE PROVA DE VIDA, DOS APOSENTADOS E PENSIONISTAS VINCULADOS AO REGIME PRÓPRIO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DO MUNICÍPIO DE VERA MENDES/PI, PARA FINS DE MANUTENÇÃO DOS BENEFÍCIOS DE APOSENTADORIA E PENSÃO.

O **PREFEITO DO MUNICÍPIO DE VERA MENDES, ESTADO DO PIAUÍ**, no uso das atribuições que lhe confere a Lei Orgânica Municipal,

**DECRETA**

Art. 1.º O Recadastramento anual dos aposentados e pensionistas beneficiários do Regime Próprio de Previdência Social do Município de Vera Mendes/PI será realizado na modalidade PROVA DE VIDA, de acordo com os procedimentos previstos neste Decreto.

Art. 2.º Os aposentados e pensionistas do Regime Próprio de Previdência Social do Município de Vera Mendes/PI deverão realizar anualmente a comprovação de vida, sob pena de suspensão do pagamento do benefício.

Art. 3.º O aposentado e pensionista deverá realizar a prova de vida anualmente, sendo que para o ano de 2023, inicia-se-á a partir de **17 de julho de 2023 até 30 de julho de 2023**.

Art. 4.º A prova de vida será realizada na sede do Regime Próprio de Previdência Social do Município de Vera Mendes/PI.

Art. 5.º No período estabelecido para a comprovação de vida os aposentados e pensionistas deverão comparecer no local e horário designado(s) munido de um dos seguintes documentos originais ou cópia autenticada:

- I - Carteira de Identidade (RG);
- II - Carteira Nacional de Habilitação (CNH);
- III - Carteira de Identidade Profissional;
- IV - Passaporte válido expedido pela Polícia Federal.

Parágrafo único. O documento deve encontrar-se em bom estado de conservação (perfeitamente legível), permitir que o beneficiário possa ser identificado pela fotografia e ter sido expedido a menos de 10 (dez) anos.

Art. 6.º - Não será comprovada a vida de aposentados e pensionistas sem a documentação ou



de forma diferente da estabelecida neste Decreto.

Art. 7.º - A prova de vida deve ser efetuada pessoalmente pelo aposentado ou pensionista, mediante identificação, não se admitindo que a mesma seja realizada por procurador do beneficiário, mesmo que legalmente cadastrado no RPPS.

§ 1.º No caso de beneficiário curatelado ou de pensionista menor de 18 anos a prova de vida será feita por meio de seu Representante Legal, devidamente identificado, mediante a apresentação do respectivo documento de Curatela, Guarda ou Tutela e da certidão de nascimento atualizada (expedida em até 30 dias) ou documento de identidade do menor.

§ 2.º Na hipótese prevista no parágrafo anterior, o Representante Legal deverá assinar Termo de Responsabilidade (Anexo II), ocasião em que se comprometerá, sob as penas da lei, em comunicar o RPPS o óbito do beneficiário ou qualquer evento que cesse sua condição de Representante, no período de até 30 (trinta) dias contados do fato.

§ 3.º O RPPS poderá agendar visita domiciliar ou hospitalar, a fim de confirmar a prova de vida quando realizada pelo Representante Legal, na ausência do aposentado ou pensionista.

Art. 8.º Estando o aposentado ou pensionista impossibilitado de comparecer no RPPS por problemas graves de saúde e que estiver incapacitado de locomover-se, poderá se fazer representar para solicitação do agendamento de visita domiciliar ou hospitalar, mediante a comprovação por atestado médico atualizado e com identificação legível do médico. Na ocasião, deverá ser informado o local da visita e telefone para contato.

§ 1.º Na hipótese deste artigo, será agendada visita domiciliar ou hospitalar, cuja data será posterior e oportunamente informada pelo RPPS.

§ 2.º A visita domiciliar será feita por servidores do Município de Vera Mendes/PI.

Art. 9.º Na impossibilidade de comparecer ao RPPS, o aposentado ou pensionista poderá enviar Declaração de Prova de Vida (Anexo I) com firma reconhecida por autenticidade em cartório e cópia (frente e verso) autenticada do documento de identidade do beneficiário.

§ 1.º Aposentado ou pensionista impossibilitado de assinar a Declaração de Prova de Vida, deverá realizar por Escritura Pública Declaratória, que conste o comparecimento do beneficiário no Tabelionato de Notas, para fins de comprovação de vida junto ao RPPS.

§ 2.º Na hipótese prevista no parágrafo anterior, para beneficiário curatelado ou pensionista menor de 18 (dezoito) anos, deverá ser encaminhado também o Termo de Responsabilidade (Anexo II), preenchido e assinado pelo Representante Legal, juntamente com cópia autenticada do documento de identidade do beneficiário e do representante legal.

Art. 10. O aposentado e pensionista que se encontrar fora do país, deverá encaminhar ao RPPS, cópia autenticada do documento de identidade e declaração de vida emitida por consulado ou embaixada brasileira no país em que estiver.

Art. 11. Na hipótese dos artigos 9º e 10, a documentação deverá ser enviada para a sede do RPPS.



Art. 12. O beneficiário que se encontrar recluso em regime fechado, ou internado em comunidade terapêutica, ou em cumprimento de medida socioeducativa deverá ser comprovada tal situação por meio de declaração do Diretor da Instituição ou autoridade competente.

Art. 13. O RPPS poderá requisitar informações complementares e ou realizar diligências, bem como realizar visita domiciliar para a consecução de seus objetivos de prova de vida.

Art. 14. Findo o período regulamentar estabelecido no art. 3º deste Decreto, os aposentados e pensionistas que não realizaram a prova de vida terão o pagamento do benefício suspenso a partir do mês imediatamente posterior.

Parágrafo único - Após a suspensão do pagamento, os benefícios serão liberados mediante a prova de vida, na forma prevista nesta Resolução.

Art. 15. A Diretoria Executiva do RPPS convocará os beneficiários anualmente, por meio de Edital a ser publicado no Quadro de Avisos e de Publicação dos Atos Oficiais, no site do Município de Vera Mendes/PI.

§ 1.º No Edital deverá constar tipo de beneficiário, período, horário, local e documentos obrigatórios que deverão ser apresentados.

§ 2.º Os aposentados e pensionistas serão considerados convocados a partir da publicação do Edital referido no caput.

Art. 16. Situações não previstas no presente Decreto serão decididas pela Diretoria Executiva do RPPS.

Art. 17. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogando as disposições em contrário, em especial do Decreto nº 022/2023.

GABINETE DO PREFEITO, DE VERA MENDES/PI, 11 DE JULHO DE 2023.

Registre-se e publique-se.

**CARLOS JOSÉ DA SILVA**  
Prefeito(a) Municipal



**ANEXO I – DECRETO 029/2023**

**DECLARAÇÃO DE PROVA DE VIDA**

Declaro que tenho conhecimento da obrigatoriedade de fazer PROVA DE VIDA anual junto ao Regime Próprio de Previdência Social do Município de \_\_\_\_\_/PI comorequisito para a continuidade de recebimento do benefício de aposentadoria ou pensão por morte. Não tendo condições de comparecer pessoalmente no RPPS no período estabelecido, apresento PROVA DE VIDA conforme informações abaixo:

Nome completo: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Local, data:

\_\_\_\_\_

Assinatura do Segurado

**PARA CARTÓRIO: reconhecimento de firma somente por AUTENTICIDADE**

**Lembrete: enviar juntamente com esta declaração cópia autenticada do documento de identidade do Beneficiário.**



## ANEXO II – DECRETO 029/2023

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

\_\_\_\_\_ na qualidade de ( ) Representante Legal ( ) Procurador do(a) segurado(a) ou pensionista \_\_\_\_\_, conforme instrumento legal incluso, pelo presente Termo de Responsabilidade comprometo-me a comunicar ao RPPS de \_\_\_\_\_/PI o óbito do segurado/pensionista, no prazo de trinta (30) dias contados do fato, mediante apresentação da respectiva certidão.

Se procurador, comprometo-me, ainda, a comunicar ao RPPS de \_\_\_\_\_/PI, no mesmo prazo, qualquer outro evento que possa anular a procuração apresentada nesta data.

Estou ciente que o descumprimento do compromisso ora assumido, além de obrigar a devolução de importâncias recebidas indevidamente, quando for o caso, sujeitar-me-á à responsabilização penal.

Local, data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Representante Legal ou Procurador

<p><b>PARA CARTÓRIO: reconhecimento de firma somente por AUTENTICIDADE</b></p> <p><b>Lembrete: enviar juntamente com esta declaração cópia autenticada do documento de identidade do Procurador e do Beneficiário.</b></p>
--