



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL  
DOS SERVIDORES PÚBLICOS DE  
VILA VELHA - IPVV

RECADASTRAMENTO

2022

DADOS DO SEGURADO

<b>Nome</b>		<b>Matrícula nº</b>	
CPF	RG		
Endereço Completo Rua/Av			
bairro	Nº	CEP	Complemento
Cidade	UF	Tel. Fixo / Celular	( ) ( )
Email:			
<b>Dependente</b>	<b>CPF</b>	<b>Relação dependência</b>	
<b>REPRESENTANTE LEGAL (NOME COMPLETO)</b>			
CPF	RG		
Endereço Completo			
<b>Para uso do IPVV</b> "Certifico a autenticidade dos documentos apresentados"			
Local e Data		Assinatura do Servidor	
<b>LOCAL:</b>			
<b>DATA:</b> ____ / ____ / ____		<b>Assinatura do segurado/Representante legal</b>	
-----			
	<b>Comprovante de recadastramento – 2022 – IPVV</b>		
	<b>Assinatura do Servidor</b>	<b>Data:</b> ____ / ____ / ____	