



PREFEITURA DE  
**VILA VELHA**

INSTITUTO DE  
PREVIDÊNCIA

**RECADASTRAMENTO**

**2024**

**DADOS DO SEGURADO**

<b>Nome</b>		<b>Matrícula nº</b>	
<b>CPF</b>	<b>RG</b>	<b>Data Nascimento</b>	
<b>Endereço Completo</b>			
<b>Bairro</b>	<b>Nº</b>	<b>CEP</b>	<b>Complemento</b>
<b>Cidade</b>	<b>UF</b>	<b>Tel. Fixo / Celular</b>	
Email:			
<b>Dependente</b>	<b>CPF</b>	<b>Relação dependência</b>	

**REPRESENTANTE LEGAL (NOME COMPLETO)**

<b>CPF</b>	<b>RG</b>
<b>Endereço Completo</b>	

**Para uso do IPVV**

“Certifico a autenticidade dos documentos apresentados”

Local e Data:

Assinatura do Servidor

**LOCAL e DATA:**

***Assinatura do segurado/Representante legal***



PREFEITURA DE  
**VILA VELHA**

INSTITUTO DE  
PREVIDÊNCIA

**Comprovante de recadastramento – 2024 – IPVV**

**Assinatura do Servidor**