



PREFEITURA DE
VILA VELHA

INSTITUTO DE
PREVIDÊNCIA

RECADASTRAMENTO

2024

DADOS DO SEGURADO

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

REPRESENTANTE LEGAL (NOME COMPLETO)

CPF	RG
Endereço Completo	

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