



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LUIZ GONZAGA
FUNDO DE APOSENTADORIA E PENSÕES DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS (FAPS)**

ATESTADO DE VIDA e RECADASTRAMENTO 2025

NOME: _____

_____ EST. CIVIL: _____

CPF: _____ RG: _____

ENDEREÇO: _____ Nº _____

BAIRRO: _____ CEP: _____ - _____

CIDADE: _____ UF: _____

FONE CELULAR: (____) _____ - _____ FONE RESIDENCIAL: (____) _____ - _____

BENEFÍCIO RECEBIDO: (☐) APOSENTADORIA (☐) PENSÃO POR MORTE (☐) COMPLEMENTAÇÃO

PENSÃO - NOME SERVIDOR FALECIDO: _____

INFORMAÇÕES CÔNJUGE/COMPANHEIRO

NOME : _____

DATA NASCIMENTO: ____/____/____

DEPENDENTES MENORES DE 21 ANOS OU INVÁLIDOS: (preenchimento obrigatório)

NOME: _____ NASCIMENTO: ____/____/____

NOME: _____ NASCIMENTO: ____/____/____

Possui dependente inválido/incapaz: (☐) SIM (☐) NÃO

O declarante assume a responsabilidade pelas informações aqui prestadas, estando ciente que a omissão ou a apresentação de informação ou documentos falsos podem acarretar a abertura de Processo Administrativo Especial e a exclusão do benefício.

_____, ____ DE _____ DE 20____

ASSINATURA