

**FICHA DE APRESENTAÇÃO PARA PROVA DE VIDA
(PREENCHER TODOS OS CAMPOS COM LETRA DE FORMA)**

Carimbo do
órgão
recadastrador

**MARINHA DO BRASIL
SERVIÇO DE INATIVOS E PENSIONISTAS DA MARINHA
FICHA DE APRESENTAÇÃO DE INATIVOS E PENSIONISTAS**

TIPO DE RECADASTRA- MENTO	
---------------------------------	--

OM/ÓRGÃO RECADASTRADOR:	DATA: ____ / ____ / ____
--------------------------------	--------------------------

1 - DADOS DO RECADASTRADOR:

NOME:		
POSTO/GRAD.:	IDENTIDADE:	ÓRGÃO EMISSOR:

2 - DADOS DO APRESENTADO:

<input type="checkbox"/> INATIVO MILITAR	<input type="checkbox"/> INATIVO CIVIL	<input type="checkbox"/> PENSIONISTA MILITAR	<input type="checkbox"/> PENSIONISTA CIVIL	<input type="checkbox"/> EX-COMBATENTE	<input type="checkbox"/> PENSIONISTA EX-COMBATENTE	<input type="checkbox"/> PENSIONISTA ESPECIAL
--	--	--	--	--	--	---

NOME:		COR OU RAÇA:	
POSTO/GRAD.:	MATRÍCULA FINANCEIRA:		CPF
IDENTIDADE:	ÓRGÃO EMISSOR:	DATA NASC. :	
ENDEREÇO:		BAIRRO:	
MUNICÍPIO:	UF:	CEP:	TEL: CEL.:
TÍTULO DE ELEITOR:	NOME DA MÃE:		
VÍNCULO COM INSTITUIDOR (para pensionista):			
REMESSA BP:	RESIDÊNCIA ()	AG. BANCÁRIA ()	E-MAIL:

3 - DECLARAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

Houve apresentação de nova declaração de beneficiários (anexar):	NÃO		SIM	
--	-----	--	-----	--

4 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (QUANDO FOR O CASO):

<input type="checkbox"/> PROCURADOR	<input type="checkbox"/> TUTOR	<input type="checkbox"/> CURADOR
-------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------

NOME DO REPRESENTANTE LEGAL:			
IDENT.:	DATA DE EMISSÃO:	ÓRGÃO EMISSOR:	
CPF:	NASC. :	E-MAIL:	
PAI:			
MÃE:			
ENDEREÇO:		BAIRRO:	
MUNICÍPIO:	UF:	CEP:	TEL: CEL.:
DADOS DA PROCURAÇÃO/TUTELA/CURATELA:		DATA DA EMISSÃO:	DATA QUE EXPIRA:
DADOS DA PROCURAÇÃO/TUTELA/CURATELA:		DATA QUE EXPIRA:	
NÚMERO:	ATO:	LIVRO:	FOLHA:

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Pelo presente Termo de Responsabilidade, comprometo-me a comunicar ao SIPM qualquer evento que possa anular a presente procuração, no prazo de trinta dias, a contar da data que o mesmo ocorra, principalmente o óbito do outorgante, mediante apresentação da respectiva certidão.

Estou ciente que o descumprimento do compromisso ora assumido, além de obrigar à devolução de importâncias recebidas indevidamente, quando for o caso, sujeitar-me-á às penalidades previstas nos artigos 171 e 299, ambos do CÓDIGO PENAL:

Art. 171- Obter, para si ou para outrem, vantagem ilícita, em prejuízo alheio, induzindo ou mantendo alguém em erro, mediante artifício, ardil ou qualquer outro meio fraudulento.

Art. 299- Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

VALIDADE DA PROCURAÇÃO: para efeito de **PROVA DE VIDA** a procuração deverá ter sido emitida há, no máximo, seis meses (06), não podendo ser substabelecida ou revalidada, não sendo permitida a utilização do mesmo instrumento para duas (02) realizações cadastrais consecutivas.

5 – FECHO DO APRESENTADO OU REPRESENTANTE LEGAL (CONFORME FOR O CASO)

DATA DA APRESENTAÇÃO: ____/____/____.	MÊS E ANO DA PRÓXIMA APRESENTAÇÃO: ____/____.
--	---

Declaro, sob as penas da Lei, que verifiquei a documentação apresentada, achando-a conforme. _____ ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA	IMPRESSÃO DIGITAL	Declaro, sob as penas da Lei, que os dados informados neste formulário correspondem à expressão da verdade. _____ ASSINATURA DO APRESENTADO OU REPRESENTANTE LEGAL
---	-------------------	--

6 - DADOS DAS TESTEMUNHAS (NO CASO DE ASSINATURA DO INATIVO/PENSIONISTA POR IMPRESSÃO DIGITAL):

NOME DA 1ª TESTEMUNHA:			
N.º IDENTIDADE:	ÓRGÃO EMISSOR:	NASC. :	CPF:
ENDEREÇO:			TEL:
NOME DA 2ª TESTEMUNHA:			
N.º IDENTIDADE:	ÓRGÃO EMISSOR:	NASC. :	CPF:
ENDEREÇO:			TEL:
_____ ASSINATURA DA 1ª TESTEMUNHA		_____ ASSINATURA DA 2ª TESTEMUNHA	

----- (DESTACAR E ENTREGAR AO APRESENTADO OU REPRESENTANTE LEGAL) -----

COMPROVANTE DE APRESENTAÇÃO:

OM:	TELEFONE: ()
NOME DO APRESENTADO:	IDENTIDADE:
DATA DA APRESENTAÇÃO: ____/____/____.	MÊS E ANO DA PRÓXIMA APRESENTAÇÃO: ____/____.
NOME DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA:	NIP:
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA:	

OBS: Deverá ser entregue ao inativo/pensionista **Recadastrado** ou seu **Representante Legal**.

OBS: 1-Preencher todos os campos com **LETRA DE FORMA**.

2-A falta da assinatura em um dos campos a ela destinado deve ser **OBRIGATORIAMENTE** justificada, para que a **PROVA DE VIDA** possa ser validada.

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DA FICHA DE APRESENTAÇÃO

CAMPOS	PREENCHIMENTO
CARIMBO DO ÓRGÃO RECADASTRADOR	Somente nos casos de cadastramento nas modalidades presenciais e domiciliar.
TIPO DE CADASTRAMENTO	Reservado para preenchimento pela OM responsável pela digitação no sistema.
OM/ÓRGÃO CADASTRADOR:	Somente preencher nos casos de cadastramento nas modalidades presenciais e domiciliar.
DATA	Preencher com a data de realização do cadastramento.
DADOS DO CADASTRADOR	Os campos deverão ser preenchidos com os dados do agente que proceder ao cadastramento, nos casos de cadastramento nas modalidades presenciais e domiciliar.
DADOS DO APRESENTADO (CADASTRADO)	Todos os campos desde “NOME” até “TÍTULO DE ELEITOR” devem ser preenchidos. O campo “TIPO DE VÍNCULO” deverá ser preenchido apenas por pensionistas, indicando seu vínculo com o instituidor da pensão (viúva, ex-esposa, companheira, filho, enteado, irmão (ã), pai, mãe, neto(a), etc). O campo “REMESSA BP” deverá ser preenchido com o local de preferência para envio do bilhete de pagamento do beneficiário.
DECLARAÇÃO DE BENEFICIÁRIO	Somente nos casos em que a prova de vida do militar inativo ocorrer na OM de sua vinculação.
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL	Serão preenchidos no ato da prova de vida.
DATA DA APRESENTAÇÃO	Preencher com a data (dia, mês e ano) de realização da apresentação (cadastramento).
MÊS E ANO DA PRÓXIMA APRESENTAÇÃO	Preencher com o mês e ano da próxima apresentação (cadastramento).
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA (CADASTRADOR)	Somente será assinado nos casos de prova de vida nas modalidades presenciais e domiciliar.
IMPRESSÃO DIGITAL	Somente será utilizado em caso do inativo/pensionista cadastrado estar impossibilitado de assinar, por qualquer motivo.
ASSINATURA DO APRESENTADO (CADASTRADO) OU REPRESENTANTE LEGAL	Sempre deverá ser assinado pelo apresentado ou representante legal, conforme for o caso.
ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL	Somente será assinado nos casos de prova de vida na modalidade presencial por Representante Legal.
DADOS DAS ASSINATURAS DAS TESTEMUNHAS	Somente será utilizado em caso do inativo ou pensionista cadastrado estar impossibilitado de assinar, por qualquer motivo, tendo sido aposta sua impressão digital no campo próprio.
COMPROVANTE DE APRESENTAÇÃO	Somente serão preenchidos e assinados pelo cadastrador nos casos de cadastramento nas modalidades presenciais e domiciliar. A data de retorno será no próximo aniversário do inativo/pensionista.