

ESTADO DO MARANHÃO  
MUNICÍPIO DE SÃO LUIS GONZAGA DO MARANHÃO-MA  
CNPJ: nº 14.954.965/0001-28  
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA MUNICIPAL

---

## EDITAL Nº 01/2026

### **CONVOCAÇÃO PARA ATUALIZAÇÃO CADASTRAL E PROVA DE VIDA DE APOSENTADOS E PENSIONISTAS DO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS GONZAGA DO MARANHÃO – IPAM.**

O Instituto de Previdência dos Servidores Públicos do Município de São Luís Gonzaga do Maranhão - MA (IPAM), Autarquia Previdenciária Municipal, com sede na Travessa Raimundo Raposo Fortes, Nº 244, Centro, São Luís Gonzaga do Maranhão - MA, representada por seu Superintendente, no uso de suas atribuições legais e em estrita observância à **Lei Municipal nº 630, de 28 de abril de 2026**, torna pública a convocação de todos os seus beneficiários.

Entre os dias **03 de agosto de 2026 e 14 de agosto de 2026**, o IPAM promoverá o **RECADASTRAMENTO E A PROVA DE VIDA ANUAL**, conforme exigido pelo artigo 68 da nova Lei de Reestruturação do RPPS.

**Art. 1º** - Ficam convocados todos os aposentados e pensionistas vinculados ao IPAM para realizarem o recadastramento obrigatório e a prova de vida.

**Art. 2º** - O atendimento ocorrerá na sede do IPAM, situada na Travessa Raimundo Raposo Fortes, Nº 244, Centro, São Luís Gonzaga do Maranhão - MA, no período de **03/08/2026 a 14/08/2026**, em dias úteis, das **08h00 às 12h00**.



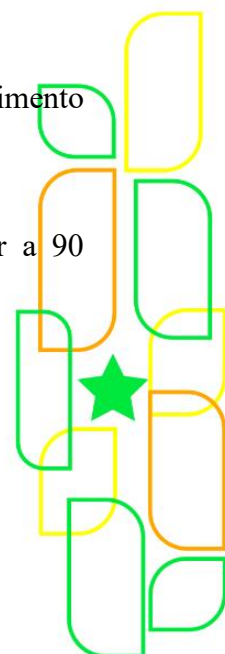
**Parágrafo Único** - Os Aposentados e pensionistas com incapacidade total ou parcial deverão comparecer acompanhados de seus representantes legais, os quais devem estar munidos do respectivo documento legal (termo de Tutela, Termo de Curatela, documento comprovatório do genitor de pensionista menor de 18 [dezoito] anos, termo de guarda).

**Art. 3º** - Os Aposentados e pensionistas com incapacidade total ou parcial e/ou que estiverem impossibilitados de comparecimento à sede do IPAM para promover a prova de vida e recadastramento, poderão fazê-lo através do contato de Whatsapp: **(99) 93300-9853**, visando a realização do procedimento de forma digital; ou, alternativamente, deverão encaminhar representante legal à sede do Instituto, munido de documentação comprobatória da impossibilidade de locomoção, para requerer o agendamento de **visita domiciliar** para a conclusão do certame.

**Art. 4º** – O Recadastramento será realizado através do preenchimento da ficha cadastral disposta no Anexo I deste Edital e mediante a obrigatória apresentação dos documentos **originais** abaixo relacionados, em perfeito estado de conservação e sem rasuras:

**I – Documentação Geral do Titular (Aposentado ou Pensionista):**

- a)** Documento de identificação oficial com foto válido em território nacional (RG, CNH ou Carteira de Identidade Profissional);
- b)** Cadastro de Pessoa Física (CPF);
- c)** Certidão de Casamento (com averbações, se houver) ou Certidão de Nascimento (para solteiros);
- d)** Comprovante de residência atualizado, emitido em período não superior a 90 (noventa) dias (contas de energia, água ou telefone);
- e)** Portaria de Concessão de Benefício.
- f)** Título de Eleitor.



**II** – Para a manutenção dos dados e verificação da qualidade de dependente, devem ser apresentados:

- a) Certidão de Nascimento ou Casamento do dependente;
- b) CPF (obrigatório para todas as idades);
- c) Documento de identificação com foto (para maiores de 12 anos ou quando possuir);
- d) Termo de Guarda Oficial assinado por Juiz de Direito (para menores sob guarda em processo de adoção);
- e) Termo de Curatela ou Interdição (para dependentes judicialmente incapazes);
- f) Para dependentes inválidos ou com deficiência: Laudo Médico especializado atestando a incapacidade, informando a patologia, o início da enfermidade, o código CID e cópia de exames complementares comprobatórios;
- g) Comprovante de matrícula atualizado, caso o dependente seja universitário.

**III** – Nos casos em que o beneficiário for representado, o representante deverá apresentar:

- a) Documento de identidade oficial e CPF do representante legal;
- b) Procuração Pública com poderes específicos para representação junto ao IPAM (validade máxima de 6 meses) ou Termo de Curatela/Tutela original;
- c) Comprovante de residência do representante legal.

**Parágrafo Único** - Conforme o Art. 69 da Lei nº 630/2026, o IPAM reserva-se o direito de exigir documentação complementar ou realizar diligências administrativas para dirimir dúvidas quanto à qualificação dos beneficiários ou dependentes, sob pena de suspensão do benefício em caso de descumprimento.



**Art. 5º** - O não comparecimento acarretará na **suspensão do benefício** até a plena regularização do recadastramento, conforme o Parágrafo Único do Art. 68 da Lei nº 630/2026.

São Luís Gonzaga do Maranhão/MA, 02 de julho de 2026.

---

**JEOVÁ SOUZA SILVA**

Superintendente do IPAM – Instituto de Previdência dos Servidores Públicos do  
Município de São Luís Gonzaga do Maranhão/MA  
Portaria nº 022/2025





**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA MUNICIPAL DE SÃO LUÍS GONZAGA DO MARANHÃO-MA**  
Travessa Raimundo Raposo Fortes nº 244 – Centro  
CNPJ: 14.954.965/0001-28

**ANEXO I**

**FORMULÁRIO DE RECADASTRAMENTO PREVIDENCIÁRIO**

**DADOS PESSOAIS**

NOME: \_\_\_\_\_  
MATRÍCULA: \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
NATURALIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
PAI: \_\_\_\_\_  
MÃE: \_\_\_\_\_  
SEXO: ( ) MASCULINO ( ) FEMININO ( )  
POSSUI DEFICIÊNCIA: ( ) NÃO ( ) SIM QUAL: \_\_\_\_\_  
ESTADO CIVIL: ( ) SOLTEIRO(A) ( ) CASADO(A) ( ) DIVORCIADO(A) ( ) VIÚVO(A) ( ) UNIÃO ESTÁVEL  
RG: \_\_\_\_\_ ÓRGÃO EMISSOR: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ DATA DE EMISSÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ TÍTULO DE ELEITOR: \_\_\_\_\_ ZONA: \_\_\_\_\_ SEÇÃO: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_  
PIS/PASEP: \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO**

LOGRADOURO: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_  
MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
E-MAIL: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

**DADOS DO VÍNCULO**

( ) APOSENTADO  
PENSIONISTA: ( ) DEPENDENTE: CÔNJUGE ( ) DEPENDENTES: FILHO (A) MENOR DE VINTE E UM ANOS  
( ) DEPENDENTE: INVÁLIDO / COM DEFICIÊNCIA  
DATA DE ADMISSÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_