

DECLARAÇÃO DE PROVA DE VIDA

Declaro que tenho conhecimento da obrigatoriedade de fazer PROVA DE VIDA anual junto ao CARUARUPREV como requisito para a continuidade de recebimento do benefício de aposentadoria / pensão por morte pago pela Autarquia Previdenciária. Não tendo condições de comparecer pessoalmente no CARUARUPREV no período estabelecido, apresento PROVA DE VIDA conforme informações abaixo:

Nome

Completo:.....

Endereço:.....

Bairro:.....

Cidade:.....

UF:.....

CEP:.....

Telefone para contato: (.....) -

E-mail:

.....
Local, data

.....
Assinatura

OBSERVAÇÕES:

1. PARA CARTÓRIO: reconhecimento de firma somente POR AUTENTICIDADE.
2. Lembrete: enviar juntamente com esta declaração a cópia autenticada do documento de identidade.