

DECLARAÇÃO DE INVALIDEZ DO INATIVO

Eu,

_____ ,

Data de Nascimento ____/____/____, inscrito no CPF sob o nº _____ na qualidade de representante legal (ou assistente) do _____ beneficiário

_____,
inscrito no CPF sob o nº _____, não tendo apresentado o laudo médico comprobatório da invalidez, pelo presente declaro para os devidos fins e efeitos legais, sob as penas da lei, que, não havendo reversão da qualidade de inválido do inativo, nos termos da Lei Complementar nº 039/2002, art. 19º.

_____, ____ de _____ de _____

Representante Legal