

DECLARAÇÃO DE INVALIDEZ DO INATIVO

Eu,

_____,
Data de Nascimento ____/____/_____, inscrito no CPF sob o
nº _____ na qualidade de segurado não apresento 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 _____

Beneficiário