

## 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