

## **DECLARAÇÃO DE INVALIDEZ DO PENSIONISTA**

Eu,

---

Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_ na qualidade de beneficiário não apresento o laudo médico comprobatório da invalidez, pelo presente declaro, para os devidos fins e efeitos legais, sob as penas da lei, que o pensionista mantém a qualidade de dependente previdenciário, não havendo reversão de sua qualidade de inválido, nos termos da Lei Complementar nº 039/2002, art. 6º, 14 e 16.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Beneficiário