

## 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