



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