



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