



DECLARAÇÃO DE INVALIDEZ DO PENSIONISTA

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 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 _____

Representante Legal