

DECLARAÇÃO DE PROVA DE VIDA

RECADASTRAMENTO PREVIDENCIÁRIO 2017

Ciente das sanções aplicáveis e na forma da Lei Federal nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, Eu, _____ nascido(a) em ____/____/____, portador(a) do RG N.º _____, emissão _____, Inscrito(a) no CPF sob o N.º _____, filho(a) de _____ e _____

_____, com a finalidade de regularizar minha situação de segurado(a) e proceder a **PROVA DE VIDA**, junto ao Instituto de Previdência dos Servidores Públicos da Cidade de São João de Meriti, no procedimento de **RECADASTRAMENTO PREVIDENCIÁRIO DO ANO DE 2017**, DECLARO que vivo e resido na Rua/Av: _____, Complemento: _____, Bairro: _____, Cidade: _____, Estado: _____ CEP: _____, Telefones para contato: (____) _____, Celular: (____) _____, e-mail: _____, estando impossibilitado(a) de comparecer pessoalmente à sede do Instituto para participar do procedimento administrativo acima mencionado.

Local e Data: _____, ____/____/____

Assinatura com firma reconhecida por autenticidade.