



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