

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUARAÍ

**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

**PALACIO DR. HERACLIDES SANTA HELENA**

**DECLARAÇÃO DE VIDA**

Declaro que tenho conhecimento da obrigatoriedade de fazer **PROVA DE VIDA** anual junto a Prefeitura Municipal de Quaraí como requisito para a continuidade de recebimento do benefício que consta no Regime Jurídico Único, LEI Nº 1.318, DE 13 DE JULHO DE 1994 (Art. 193 - Os benefícios do plano de Seguridade Social compreendem: II- quanto ao dependente, alínea a- pensão por morte do servidor) pago por este órgão. Senão tendo condições de comparecer pessoalmente no período estabelecido, apresento PROVA DE VIDA conforme informações abaixo:

Nome Completo:...............................................................................

RG:.............................................................CPF......................................

Data de Nascimento:......./........../............Sexo:...........

Endereço: Rua ...................................................................

Bairro:.........................................

Cidade..........................................

UF:................................................

Telefone para contato: (.........)-.........................................................................................

E-mail: ................. ..............................................................................................................

Local, data ..............................................................................................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Pensionista Assinatura do Servidor

PARA CARTÓRIO: reconhecimento de firma somente **POR AUTENTICIDADE**.

Enviar juntamente com esta declaração a cópia do documento de identidade.