

**DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**

DECLARAÇÃO DE PROVA DE VIDA

Declaro que tenho conhecimento da obrigatoriedade de fazer PROVA DE VIDA anual junto ao Previmpa como requisito para a continuidade de recebimento do benefício pago pela Autarquia Previdenciária. Não tendo condições de comparecer pessoalmente no Previmpa no período estabelecido, apresento PROVA DE VIDA conforme informações abaixo:

Nome Completo:.....

Endereço:.....

Bairro:.....

Cidade:..... UF:.....

CEP:.....

Telefone para contato: (.....)

E-mail:

.....

Local, data

.....

Assinatura

PARA CARTÓRIO: reconhecimento de firma somente POR AUTENTICIDADE.

Lembrete: enviar juntamente com esta declaração a cópia autenticada do documento de identidade.