**DECLARAÇÃO DE PROVA DE VIDA**

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

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

Endereço:.....................................................................................................................................

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

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

CEP:..............................

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

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

Local e data

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

Assinatura do beneficiário

CPF:

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



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