

DECLARAÇÃO DO ATESTADO DE VIDA

Declaro que tenho conhecimento da obrigatoriedade de fazer a “Declaração do ATESTADO DE VIDA” anualmente junto ao TIMBOPREV como requisito para a continuidade do recebimento do benefício de _____ pago pela Autarquia Previdenciária Municipal, conforme informações abaixo:

Nome Completo do Beneficiário:		
CPF n°:	RG n°	
Estado Civil:		
Endereço do Beneficiário:		
Bairro:	Cidade/Estado	CEP:
Nome do Responsável Legal:		
Telefones para Contato:		
E-mail (se possuir):		
Local, Data:		

Assinatura do beneficiário