



DECLARAÇÃO DE INVALIDEZ DO INATIVO

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, não havendo
reversão da qualidade de inválido do inativo, nos termos da Lei Complementar
nº 039/2002, art. 19º.

_____, ____ de _____ de _____

Representante Legal