



## DECLARAÇÃO DE INVALIDEZ DO INATIVO

Eu,

\_\_\_\_\_,  
Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o  
nº \_\_\_\_\_ na qualidade de segurado não apresento 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Beneficiário