



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALVORADA
SMA - SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO
FUNSEMA - Fundo de Previdência dos Servidores
Municipais de Alvorada



DECLARAÇÃO DE PROVA DE VIDA 2017

Declaro que tenho conhecimento da obrigatoriedade de fazer PROVA DE VIDA anual junto ao FUNSEMA como requisito para a continuidade de recebimento do benefício de aposentadoria e pensão por morte pago pelo Fundo de Previdência dos Servidores Municipais de Alvorada. Não tendo condições de comparecer pessoalmente no FUNSEMA no período estabelecido, apresento PROVA DE VIDA conforme informações abaixo:

Nome Completo:.....

Endereço:.....

Bairro:.....

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

CEP:.....

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

.Local,.....data:...../...../.....

.....
Assinatura

PARA CARTÓRIO: reconhecimento de firma somente POR AUTENTICIDADE.
Lembrete: enviar juntamente com esta declaração a cópia autenticada do documento de identidade.