



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



**TERMO DE DECLARAÇÃO DE PROVA DE VIDA 2018**

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 e comprovante de residência com CEP atualizado - conta de água, energia elétrica, telefone ou bancária.**