



## **INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE MIRANDÓPOLIS - IPeM**

### **DECLARAÇÃO DE PROVA DE VIDA**

Declaro que tenho conhecimento da obrigatoriedade de fazer PROVA DE VIDA anual junto ao IPeM como requisito para a continuidade de recebimento do benefício pago pela Autarquia Previdenciária. Não tendo condições de comparecer pessoalmente no IPeM no período estabelecido, apresento PROVA DE VIDA conforme informações abaixo:

Nome completo:.....  
Endereço:.....  
Bairro:.....  
Cidade:..... UF:.....  
CEP:..... Telefone para contato: (.....).....  
E-mail: .....  
Estado Civil:.....  
Nome do dependente: .....

.....

Local, data

.....

Assinatura

**PARA CARTÓRIO: reconhecimento de firma somente POR AUTENTICIDADE.**

**Lembrete: enviar junto com esta declaração a cópia autenticada do documento de identidade de todos, inclusive de dependentes previdenciários se houver. O envio da documentação poderá ser feita via e-mail.**