

DECLARAÇÃO DE VIDA PARA O RECADASTRAMENTO PERANTE O SEPREM

(com firma reconhecida por notário local)

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

DADOS DO (A) DECLARANTE (Em caso de preenchimento manual, usar letra de forma)

Nome Completo <i>(sem abreviação)</i>		CPF (números)	
Data de Nascimento - dd/mm/aaaa	Local de Nascimento - cidade/estado Cidade _____ Estado: _____	Estado Civil	
Número do Documento de Identidade	Data de Expedição - dd/mm/aaaa	Órgão Expedidor	País
Nome da Mãe		Nome do Pai	
Nome do Cônjuge		Data de Nascimento do Cônjuge - dd/mm/aaaa	

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Logradouro		Número	
Bairro		Cidade/Estado	
CEP	Telefone – código de área + telefone ()	CELULAR - código de área + telefone ()	E-mail

DEPENDENTES PREVIDENCIÁRIOS (Caso possua)

(1) Nome Completo	CPF
Parentesco	Data de Nascimento
(2) Nome Completo	CPF
Parentesco	Data de Nascimento

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro, sob as penas da lei, que são verdadeiras e completas as informações prestadas neste documento.

_____, _____/_____/_____.
Cidade (dd) (mm) (aaaa)

Assinatura do Segurado(a) (reconhecer firma por AUTENTICIDADE)

LEMBRETE: Enviar juntamente com esta declaração a cópia autenticada do documento de identidade.

**OBSERVAÇÕES: Mudança de endereço: enviar cópia simples do comprovante de endereço atual;
Alteração do estado civil: enviar cópia autenticada da certidão de casamento atualizada;
Enviar cópia da documentação dos dependentes.**

SEPREM – Serviço de Previdência, Saúde e Assistência Municipal
Avenida Treze de Maio nº 530 – Centro – Jaboticabal/SP. – CEP: 14870-160
Telefone: 16-3202.0995 ou 16-3202.8638
E-mail: seprem.rh@hotmail.com ou seprem@jaboticabal.sp.gov.br