

INSTITUTO MUNICIPAL PREVIDENCIA SOCIAL DOUTOR ULYSSES PREV CNPJ 05.130.775/0001-03

Conselho Administrativo

COMUNICADO

O DOUTOR ULYSSES PREV através de sua Diretoria Executiva, informa aos seus beneficiários que, durante o período de 25/10/2018 à 10/01/2019 estará aberto o período para realização da Prova de Vida e Atualização Cadastral. O não comparecimento no prazo estipulado acarretará no cancelamento do pagamento do beneficio aposentadoria/pensão até ser sanada as pendencias.

Diretoria Executiva Doutor Ulysses Prev.

Para beneficiários(as) que não residem no município podem utilizar o **anexo I** para sua declaração, o mesmo deverá estar preenchido corretamente e reconhecido firma em cartório e enviado para o endereço abaixo descrito juntamente com uma cópia autenticada do documento de identidade:

Destinatário Doutor Ulysses Prev End: Rua Olívio Gabriel de Oliveira, s/n, Centro, CEP 83.590-000 Doutor Ulysses - Pr



INSTITUTO MUNICIPAL PREVIDENCIA SOCIAL DOUTOR ULYSSES PREV

CNPJ 05.130.775/0001-03

Conselho Administrativo

(ANEXO I)

ATUALIZAÇÃO CADASTRAL E	ATESTADO DE VIDA P	ARA COMPRO	OVAÇÃO JUNTO AO
DO	UTOR ULYSSES	PREV	
NOME COMPLETO	CPF		
	LOCAL DE NASCIMENTO		PROFISSÃO
Nº REGISTRO GERAL	DATA DE EXPEDIÇÃO		ÓRGÃO EXPEDIDOR
Estado Civil (havendo cônjuge anexar doc.) () Casado(a) () Solteiro(a) () Viúvo(a) () Divorciado(a) () Desquitado(a) () União Estável			
Conta Bancária	()Aposentado (a) ()Pensionista		
DEPENDENTES (se houver anexar certidão de nascimento/casamento), Nome:			
Idade: Rg/CPF:			
DEPENDENTES (se houver anexar certidão de nascimento/casamento) Nome:			
Idade: 209/12/92 Rg/CPF:		<u> </u>	
ENDEREÇO RESIDENCIAL			
CONTATO TELEFONICO 1º 2º	E-MA	IL	
TERMO DE RESPONSABILIDADE			
Declaro, sob as penas da lei, que são vero que estou ciente que deverei realizar est	dadeiras e completas as inf a declaração anualmente.	formações prest	adas neste documento, e
Cidade, Estado, dia/mês/ano.		+	*
Assinatura CPF nº			