



AUTARQUIA MUNICIPAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DOS SERVIDORES
PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE DOUTOR ULYSSES
DOUTOR ULYSSES PREV
CNPJ 05.130.775/0001-03
Conselho Administrativo

Comunicado

O **Doutor Ulysses Prev.**, através de sua Diretoria Executiva informa que, durante o período de **03/12/2024 à 31/01/2025*** estará aberto o período de realização da Prova de Vida e Atualização Cadastral.

*Exceto nos feriados, pontos facultativos e recessos decretados pelo Poder Executivo Municipal.

Os beneficiários do **Doutor Ulysses Prev** que não comparecerem para realizar a Prova de Vida no prazo estipulado poderá ter o benefício **cessado temporariamente**.

Diretoria Executiva Doutor Ulysses Prev.

Para os beneficiários(as) que não residem no município, à possibilidade de utilizar o **Anexo I** para sua Prova de Vida, 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 identificação:

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



**AUTARQUIA MUNICIPAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DOS SERVIDORES
PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE DOUTOR ULYSSES
DOUTOR ULYSSES PREV
CNPJ 05.130.775/0001-03**

Conselho Administrativo

Anexo I

**ATUALIZAÇÃO CADASTRAL E ATESTADO DE VIDA PARA COMPROVAÇÃO JUNTO AO
DOUTOR ULYSSES PREV**

Nome Completo	CPF	
Registro Geral 8.051.817-0	Data expedição	Órgão Expedidor
Data de nascimento	Naturalidade	Aposentado () Pensionista ()
Estado Civil (havendo cônjuge apresentar certidão de casamento ou Declaração de união estável) ()Casado(a) ()Viúvo(a) ()Solteiro(a) ()Divorciado(a) ()União Estável		
DEPENDENTES (se houver anexar cópia da certidão de nascimento, RG, CPF autenticados). Nome: Idade: RG/CPF: Não há dependentes ().		
DEPENDENTES (se houver anexar cópia da certidão de nascimento/casamento, RG, CPF autenticados). Nome: Idade: RG/CPF: Não há dependentes ().		
Endereço residencial:		
Contato Telefônico: 1º ()	E-mail:	
TERMO DE RESPONSABILIDADE		
Declaro sob as penas da lei, que são verdadeiras e completas as informações prestadas neste documento, e que estou ciente que deverei realizar esta declaração anualmente junto ao Doutor Ulysses Prev.		
Doutor Ulysses – Paraná, 25 de novembro de 2024.		
<hr/> Declarante.		

Rua Olívio Gabriel de Oliveira s/nº. - Centro - CEP: 83.590-000 - Doutor Ulysses - Pr.

Fone: 041 3664-1113

e-mail: drulyssesprev@doutorulysses.pr.gov.br