



AUTARQUIA MUNICIPAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DOS SERVIDORES
PUBLICOS 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 decretado pelo Poder Executivo Municipal.

Os beneficiários do Doutor Ulysses Prev que não comparecerem para realizar a Prova de Vida no prazo estipulado podará 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

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



**AUTARQUIA MUNICIPAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DOS SERVIDORES
PUBLICOS DO MUNICIPIO 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. _____ Declarante.			