

## DECLARAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, brasileiro, estado civil \_\_\_\_\_, profissão, \_\_\_\_\_ portador de cédula de identidade nº \_\_\_\_\_, inscrito no CPF/MF sob nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado na Rua \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, em \_\_\_\_\_, Paraná, **DECLARO** para fins de cumprimento das Leis Federais nºs 8.213/91, 8.742/93 e 7.998/90, que não sou beneficiário de aposentadoria por invalidez, auxílio doença, seguro desemprego, benefício de prestação continuada ou qualquer outro benefício concedido pelo Instituto Nacional de Seguro Social - INSS para o qual haja previsão legal de cancelamento imediato a partir da verificação de realização de atividade remunerada por parte do beneficiário.

Declaro ainda, que não recebo valor advindo de qualquer das formas de benefício acima descritas, concedido por Regime Próprio de Previdência Social.

Por ser verdade, firmo a presente.

São José dos Pinhais, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura**

**RG:**