

# ATESTADO DE VIDA

Senhor(a) Beneficiário(a):

Com o preenchimento e assinatura desta declaração, o(a) senhor(a) estará cumprindo as exigências legais para a manutenção do benefício percebido mensalmente. Entretanto, deve ser observado que:

- 1 - É necessário o reconhecimento de firma da assinatura em cartório, por autenticidade;**
- 2 - O curador deve declarar pelo curatelado, enviando obrigatoriamente a documentação comprobatória, ou seja, cópia autenticada da curatela definitiva ou provisória, no caso de provisória, deve constar o prazo de validade;
- 3 - O responsável por esta Declaração estará sujeito às sanções do Código Penal Brasileiro (artigo 299);
- 4 - Esta declaração deverá estar no CANOASPREV, Av. Inconfidência, 817, Bairro Marechal Rondon, CANOAS, RS, CEP 92020-303, impreterivelmente, até o último dia do mês de aniversário do beneficiário, e só produzirá efeito a partir da data de recebimento.

Necessitando algum esclarecimento, consulte o CANOASPREV através do fone (51) 34628800.

## DADOS CADASTRAIS

NOME DO(A) BENEFICIÁRIO(A):

RG:

CPF:

TIPO DE BENEFÍCIO:

RESPONSÁVEL:

ESTADO CIVIL:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CIDADE:

UF:

CEP:

FONE (1):

FONE (2):

EMAIL:

DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO VERDADEIRAS E DE MINHA INTEIRA RESPONSABILIDADE.

---

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL

OBS: Se este documento não for preenchido corretamente, seu benefício poderá ficar bloqueado aguardando correção no atestado de vida