



**DECLARAÇÃO DE  
PROVA DE VIDA  
APOSENTADO**

**Instituto de Previdência Social do Município de Angra dos Reis - ANGRAPREV  
Diretoria de Recursos Humanos**

**DECLARAÇÃO  
PROVA DE VIDA - APOSENTADO**

Declaro que tenho conhecimento da obrigatoriedade de fazer **PROVA DE VIDA** anual junto ao **ANGRAPREV** como requisito para a continuidade de recebimento do **benefício de aposentadoria pago por essa Instituição Previdenciária**. Não tendo condições de comparecer pessoalmente ao ANGRAPREV no período estabelecido, apresento PROVA DE VIDA, conforme informações abaixo:

NOME COMPLETO:

ENDEREÇO:

BAIRRO:  COMPL.:

CIDADE:  UF:  CEP:

TELEFONE/CELULAR:

E-MAIL:

Datado dia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Localidade (Descreva a Cidade)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente

**PARA CARTÓRIO:** reconhecimento de firma somente **POR AUTENTICIDADE.**

**Lembrete:** Enviar juntamente com esta declaração a cópia do documento de identidade.

**Instituto de Previdência Social de Angra dos Reis-RJ**

Rua Dr. Orlando Gonçalves, nº 231 - Parque das Palmeiras - Angra dos Reis – RJ - CEP.: 23906.540

Tel.: (024) 3365-5260 e 3377- 4632 (Setor de Benefício) (024) 3365-5308 (Setor Administrativo)

Email: [ips.gbs@angra.rj.gov.br](mailto:ips.gbs@angra.rj.gov.br) ou [atendimentoangraprev@angra.rj.gov.br](mailto:atendimentoangraprev@angra.rj.gov.br)