

Nº \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### DECLARAÇÃO

Declaro que tenho conhecimento da obrigatoriedade de fazer PROVA DE VIDA anual junto ao Agros como requisito para a continuidade de recebimento do benefício de suplementação de aposentadoria / pensão por morte pago pela Entidade.

Não tendo condições de comparecer pessoalmente no Agros no período estabelecido, apresento PROVA DE VIDA conforme informações abaixo:

Nome completo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone para contato: ( ) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Dados bancários de recebimento do benefício:

Banco \_\_\_\_\_ / Agencia \_\_\_\_\_ / Conta \_\_\_\_\_

Declaro, ainda, sob as penas da lei, que os dados informados neste formulário correspondem a expressão da verdade.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data

PARA CARTÓRIO: Reconhecimento de firma somente POR AUTENTICIDADE.

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

*Agros: previdência, saúde e qualidade de vida no presente e no futuro!*