

**ANEXO IV**

**Declaração de União Estável**

Eu, \_\_\_\_\_, estado civil: \_\_\_\_\_, profissão: \_\_\_\_\_, portador da carteira de identidade nº \_\_\_\_\_, expedida pelo \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, e, \_\_\_\_\_, estado civil: \_\_\_\_\_, profissão: \_\_\_\_\_, portador da carteira de identidade nº \_\_\_\_\_, expedida pelo \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, ambos residentes e domiciliados à \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, Bairro: \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_, Cidade: \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_, juridicamente capazes, DECLARAMOS, cientes das penalidades legais, que convivemos em UNIÃO ESTÁVEL, de natureza familiar, pública e duradoura com o objetivo de constituir família nos termos dos artigos 1.723 e seguintes do Código Civil, desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

1º Declarante

2º Declarante

**ANEXO V**

**DECLARAÇÃO DE NÃO EMANCIPAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_, Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, na condição de representante do(a) pensionista \_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins e efeitos legais, sob as penas da lei, que o acima citado(a) não é emancipado(a).

Por ser verdade, firmo a presente declaração.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Representante

**ANEXO VI**

**DECLARAÇÃO DE MANUTENÇÃO DA QUALIDADE DE DEPENDENTE PREVIDENCIÁRIO**

Eu \_\_\_\_\_, Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins e efeitos legais, sob as penas da lei, que mantenho a qualidade de dependente previdenciário, nos termos da Lei Complementar nº 039/2002, art. 6º e 14.

Por ser verdade, firmo a presente declaração.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Beneficiário

**ANEXO VII**

**DECLARAÇÃO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL**

Eu, \_\_\_\_\_, Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, na qualidade de representante legal (ou assistente) do beneficiário

Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, telefone nº \_\_\_\_\_ e e-mail \_\_\_\_\_

pelo presente Termo de Responsabilidade comprometo-me a comunicar ao Instituto de Gestão Previdenciária do Estado do Pará - IGEPREV o óbito ou a emancipação do beneficiário acima, bem como qualquer alteração quanto à representatividade do referido beneficiário, no prazo de 30 (trinta) dias contados do fato, mediante a apresentação da respectiva certidão/ documentos comprobatórios.

( ) Informo que sou o Representante Financeiro do(a) beneficiário(a).

Estou ciente que o descumprimento do compromisso ora assumido, além de obrigar à devolução de importâncias recebidas indevidamente, quando for o caso, sujeitar-me-á à responsabilização penal.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Representante Legal

**ANEXO VIII**

**DECLARAÇÃO DE INVALIDEZ DO INATIVO**

Eu, \_\_\_\_\_, Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, na qualidade de segurado não apresento o laudo médico comprobatório da invalidez, pelo presente declaro para os devidos fins e efeitos legais, sob as penas da lei, que, não havendo reversão da qualidade de inválido do inativo, nos termos da Lei Complementar nº 039/2002, art. 19º.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Beneficiário