



AUTARQUIA MUNICIPAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DOS SERVIDORES
PUBLICOS DO MUNICIPIO DE DOUTOR ULYSSES
DOUTOR ULYSSES PREV
CNPJ 05.130.775/0001-03

Conselho Administrativo

COMUNICADO

O **Doutor Ulysses Prev**, através de sua Diretoria Executiva, informa aos seus beneficiários que, durante o período de 13/01/2020 à 13/03/2020 estará aberto o período para realização da Prova de Vida e Atualização Cadastral em sua sede. O não comparecimento no prazo estipulado acarretará no bloqueio do benefício aposentadoria/pensão até ser sanada as pendências.

Diretoria Executiva Doutor Ulysses Prev.

Para os beneficiários(as) que não residem no município, podem utilizar o **ANEXO I** para realizar sua atualização cadastral, o mesmo devera ser preenchido e assinado corretamente e reconhecido firma em cartório, e enviado por carta para o endereço abaixo descrito juntamente com uma cópia autenticada do documento de identidade:

Destinatário
Doutor Ulysses Prev
Endereço: Rua Olívio Gabriel de Oliveira, s/n, Centro, CEP 83.590-000
Doutor Ulysses - Paraná

Rua Olívio Gabriel de Oliveira s/nº. - Centro - CEP: 83.590-000 - Doutor Ulysses - Pr.
Fone/Fax: 041 3664-1165 - 041 3664-1214
e-mail: drulyssesprev@doutorulysse.pr.gov.br



**AUTARQUIA MUNICIPAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DOS SERVIDORES
PUBLICOS DO MUNICIPIO DE DOUTOR ULYSSES
DOUTOR ULYSSES PREV
CNPJ 05.130.775/0001-03**

Conselho Administrativo

Anexo I

ATUALIZAÇÃO CADASTRAL E ATESTADO DE VIDA PARA COMPROVAÇÃO JUNTO AO DOUTOR ULYSSES PREV		
Nome Completo		CPF
Registro Geral	Data expedição	Órgão Expedidor
Data de nascimento	Naturalidade	Profissão
Estado Civil (havendo cônjuge apresentar certidão de casamento ou Declaração de união estável) ()Casado(a) ()Viúvo(a) ()Solteiro(a) ()Desquitado(a) ()União Estável		
DEPENDENTES (se houver anexar cópia da certidão de nascimento/casamento, RG, CPF autenticados). Nome: Idade: RG/CPF: Não há dependentes ().		
DEPENDENTES (se houver anexar cópia da certidão de nascimento/casamento, RG, CPF autenticados). Nome: Idade: RG/CPF: Não há dependentes ().		
Endereço residencial:		
Contato Telefônico: 1º		E-mail:
2º		
TERMO DE RESPONSABILIDADE		
Declaro sob as penas da lei, que são verdadeiras e completas as informações prestadas neste documento, e que estou ciente que deverei realizar esta declaração anualmente junto ao Doutor Ulysses Prev.		
_____.		
Cidade, Estado, dia/mês/ano.		
_____.		
Assinatura		
CPF nº		