



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Agência da Previdência Social: _____
(Nome da Cidade da APS)

Código da APS: _____
(Código da APS)

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que em consulta ao Sistema Único de Benefícios, NADA CONSTA até a presente data, quanto ao requerimento de benefícios em nome do Sr.^(a) _____
(Nome do segurado)

portador(a) da carteira de identidade nº _____
(Documento de Identidade)

CPF nº _____ . Data de nascimento: _____
(Número do CPF) (Data de Nascimento)

Local e data :

Assinatura da Chefia ou Substituto