



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Agência da Previdência Social: _____
(Nome da APS)

Código da APS: _____
(Código da APS)

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins, que, em consulta ao Sistema Único de Benefícios, NADA CONSTA, na presente data, quanto a benefícios em manutenção no nome do(a) Sr(a).

(Nome do requerente)

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