**ANEXO XI DA RESOLUÇÃO CONJUNTA SAD/AGEPREV nº 01/2022**

**DECLARAÇÃO DE NÃO EXERCICIO DE ATIVIDADE LABORAL**

**APOSENTADO POR INVALIDEZ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOME COMPLETO | | |
| NOME SOCIAL | | |
| ENDEREÇO COMPLETO | | |
| E-MAIL | | |
| TELEFONE CELULAR com DDD  ( ) | MATRÍCULA(s) | CPF |
| Declaro, para fins de prova junto à AGEPREV que não exerço atividade remunerada. Estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam, a qualquer tempo, a suspensão dos proventos de aposentadoria. (Art. 36, §4º, da Lei Estadual n. 3.150/2005)  Declaro ainda, estar ciente de que é obrigatória a realização de avaliação médico-pericial a ser efetuada, no máximo, a cada 2 (dois) anos, para a verificação da continuidade das condições que ensejaram a concessão da aposentadoria e que o não comparecimento originará suspensão de pagamento do benefício. (Art. 35 e 38 da Lei Estadual n. 3.150/2005) | | |
| Declaro sob a pena prevista no art. 299 do Código Penal de 1940, que as informações acima contidas são verdadeiras.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_/2023.  **Cidade UF Data**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Interessado ou Representante Legal | | |