

## DECLARAÇÃO DE PROVA DE VIDA

Declaro, sob as penas da lei, para os devidos fins de direito que se fizerem necessários, que eu, (nome completo) \_\_\_\_\_, (estado civil) \_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_ e inscrito no CPF/MF sob o nº \_\_\_\_\_, nascido(a) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, filho(a) de \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, estou vivo(a) e resido na (endereço) \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, complemento \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_(UF), CEP \_\_\_\_\_ com telefone para contato (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ e e-mail \_\_\_\_\_.

Local e Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**PARA CARTÓRIO:** reconhecimento de firma somente POR AUTENTICIDADE.

Lembrete: enviar juntamente com esta declaração a cópia do documento de identidade