

**PROVA DE VIDA**  
**TERMO DE RECADASTRAMENTO**  
**2025**

Declaro para os devidos fins de direito que se fizerem necessários que eu, \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, portador(a) do RG n° \_\_\_\_\_, CPF n° \_\_\_\_\_, nascido(a) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, **estou vivo(a)** e resido no endereço \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, complemento \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, telefone para contato ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_, ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_.

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura do(a) pensionista