**DECLARAÇÃO DE PERDA/EXTRAVIO DE DOCUMENTOS**

 Eu, NOME COMPLETO, portador(a) da CI: 000000000 SSP/CE, CPF: 000.000.000-00, residente Rua \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/CE, declaro ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) que NÃO POSSUO OS DOCUMENTOS do FALECIDO (INFORMAR QUAIS DOCUMENTOS NÃO POSSUI, EXEMPLO RG OU CARTEIRA DE TRABALHO e depois apagar essa parte de vermelho) e estou apresentando os documentos que anexei a esta declaração. Não tenho mais como conseguir segunda via de tais documentos pois o instituidor do benefício é falecido.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração para que surta seu devidos efeitos legais.

 CIDADE/ESTADO , \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 NOME COMPLETO

 0000000000 SSP/CE, CPF: 000.000.000-00