

MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO
ANEXO II
NORMA COMPLEMENTAR Nº 13/2017

DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES

Declaro, para fins de prova junto ao PLAN-ASSISTE, de acordo com o Regulamento Geral do Programa de Saúde e Assistência Social do Ministério Público da União, que os beneficiários abaixo relacionados são meus dependentes perante o Órgão de Pessoal, para fins de dedução do Imposto de Renda na Fonte.

Estou ciente de que responderei civil, criminal e administrativamente por prestar informações incorretas ou falsas.

Inclui-se, entre as sanções administrativas, o ressarcimento integral e imediato das despesas realizadas com os dependentes abaixo, na falta da comprovação da dependência.

As informações constantes desta Declaração poderão ser objeto de análise pela administração do Programa junto aos Órgãos competentes.

NOME DO TITULAR		MATRÍCULA	LOTAÇÃO		
NOME DO DEPENDENTE	GRAU DE PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	CPF(*)	NOME DA MÃE	

(*) Obrigatório para dependentes com idade a partir de 12 (doze) anos.

Local e Data

Assinatura do Titular