**DECLARAÇÃO DE DEPENDÊNCIA ECONÔMICA**

**Declarante**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome: | | | | | | | Estado Civil | |
| CPF | | Doc. Identidade | | Órgão Emissor/UF | | | Sexo | |
| Endereço: | | | | | Complemento | | | Bairro | |
| CEP | Município/UF | | Telefone  ( ) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ | | | Telefone Celular:  ( ) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ | | | |

**Dependente**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome: | Estado Civil | Sexo | Data Nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ |
| É contribuinte do INSS?  ( ) Sim ( ) Não | | Recebe Benefício do INSS?  ( ) Sim ( ) Não | |

**Ex-Segurado**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome: | | | Matrícula |
| CPF | Doc. Identidade | Órgão Emissor/UF | Sexo |

O **Declarante** acima identificado atesta, para efeito de comprovação de dependência econômica, que o **Dependente** indicado vivia sob total dependência econômica do **Ex-Segurado**, também qualificado acima, até a data do óbito deste, não recebendo nenhum tipo de benefício ou rendimento de qualquer natureza.

E por ser verdade assina a presente declaração, juntamente com 2 (duas) testemunhas.

Declarante e testemunhas sujeitam-se às sanções penais previstas no art. 299 do Código Penal (falsidade ideológica) em caso de prestar deliberadamente informações inverídicas.

|  |  |
| --- | --- |
| Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ | Assinatura Declarante |
| Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ | Assinatura 1ª Testemunha |
| Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ | Assinatura 2ª Testemunha |

**1ª Testemunha**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome: | | | | Matrícula | | | Sigla do Órgão |
| Endereço: | | | Complemento | | | Bairro | |
| CEP | Município/UF | Telefone  ( ) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ | | | Telefone Celular:  ( ) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ | | |

**2ª Testemunha**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome: | | | | Matrícula | | | Sigla do Órgão |
| Endereço: | | | Complemento | | | Bairro | |
| CEP | Município/UF | Telefone  ( ) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ | | | Telefone Celular:  ( ) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ | | |

Observação: Este documento deverá apresentar firma reconhecida para a assinatura do requerente e das testemunhas.