DECLARAÇÃO

# Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ venho por meio desta declarar para fins de Requerimento de inscrição de dependentes perante a PARANAPREVIDÊNCIA e, sob as penas do Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ vive sob minha dependência econômica, bem como reside sob o mesmo teto que eu no endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Declaro, ainda, que informarei, imediatamente à PARANAPREVIDÊNCIA, caso ocorram alterações nas condições aqui declaradas. Estou ciente de que a omissão de informações ou a inclusão de dados errôneos ou alterados que decorram de informações prestadas indevidamente pelo requerente poderão acarretar, além das penalidades administrativas, responsabilização civil e criminal. Por fim, declaro-me ciente de que em decorrência de qualquer destas irregularidades ou as ensejadas pelo uso indevido da assistência à saúde, haverá reposição ao erário dos valores recebidos ou utilizados de forma incorreta.

Por ser verdade firmo a presente,

Cidade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.

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

Assinatura do servidor(a) reconhecida em cartório,

ou assinada na presença de funcionário da PRPREV