

**MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO**

Secretaria Executiva  
Subsecretaria de Planejamento, Orçamento e Administração  
Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas  
Coordenação de Administração de Pessoal  
Divisão de Concessão de Benefícios Previdenciários

**DECLARAÇÃO ESTADO CIVIL E CARGO PÚBLICO - FILHA MAIOR SOLTEIRA**

Eu, \_\_\_\_\_,

portadora do RG nº \_\_\_\_\_ e do CPF nº \_\_\_\_\_,

**declaro para devidos fins, efeitos legais e sob penas da lei que (marcar todos que se aplicam):**

- Não obtive o estado civil de casada ou viúva após o óbito do instituidor da pensão; ou  
 Não estabeleci união estável; ou  
 Não convivo atualmente em união estável; ou  
 Não percebi ou percebo benefícios previdenciários decorrentes da alteração do estado civil de solteira, como a pensão prevista no art. 217, incisos I, II e III da Lei nº 8.112/90, ou de outros Regimes de Previdência.

**OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO:**

- Nunca exerci cargo público permanente em Órgão da administração direta ou indireta, federal, estadual, distrital ou municipal.  
 Não exerço cargo público permanente em Órgão da administração direta ou indireta, federal, estadual, distrital ou municipal.  
 Já exerci cargo público permanente e aderi ao programa de desligamento voluntário.  
 Já exerci cargo público permanente junto ao Órgão: \_\_\_\_\_  
 Exerço cargo público permanente junto ao Órgão: \_\_\_\_\_

**SE EXERCE OU JÁ EXERCEU CARGO PÚBLICO ESTATUTÁRIO, ASSINALE A SITUAÇÃO EM RELAÇÃO AO ÓRGÃO:**

APOSENTADA

SERVIDORA ATIVA

Comprometo-me a informar, imediatamente, ao **Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação** a ocorrência de quaisquer das situações acima.

Declaro, ainda, que tenho consciência de que constitui crime, previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro, prestar declaração falsa com o fim de criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante e que a penalidade aplicada no seu cumprimento varia de 1 (um) a 3 (três) anos de reclusão e multa.

**INFORMAÇÕES SOBRE O(A) EX-SERVIDOR(A)**

NOME DO SERVIDOR	CPF
------------------	-----

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA DA REQUERENTE, PROCURADOR(A) OU CURADOR(A)**  
(SOMENTE QUANDO HOVER)

Em caso de dúvidas, entrar em contato com a Divisão de Concessão de Benefícios Previdenciários, através do telefone: (61) 3247-3150. Enviar esta Declaração para o seguinte endereço: **Divisão de Concessão de Benefícios Previdenciários, Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI), Esplanada dos Ministérios, Bloco E, Sala T-28, CEP 70.067-900, Brasília/DF**, pelo E-mail: <dicob@mcti.gov.br>.