



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 DE NÃO EMANCIPAÇÃO

Eu, _____ representante legal do(a) senhor(a)

(nome do representante legal/tutor/curador do(a) requerente)

— representante legal do(a) senhor(a)

_____, na qualidade de _____
(nome do(a) requerente) (parentesco do(a) requerente)
do ex-servidor _____,
(nome do ex-servidor)

DECLARO para os devidos fins e efeitos legais, sob as penas da lei, que o(a) requerente acima citado(a), tem o estado civil de _____ e não se enquadra em nenhum dos casos de emancipação constante no (estado civil do(a) requerente)

art. 5º do Código Civil:

Art. 5º - A menoridade cessa aos dezoito anos completos, quando a pessoa fica habilitada à prática de todos os atos da vida civil.

Parágrafo único. Cessará, para os menores, a incapacidade:

I - pela concessão dos pais, ou de um deles na falta do outro, mediante instrumento público, independentemente de homologação judicial, ou por sentença do juiz, ouvido o tutor, se o menor tiver dezesseis anos completos;

II - pelo casamento:

III - pelo exercício de emprego público efetivo;

IV - pela colocação de grau em curso de ensino superior;

V - pelo estabelecimento civil ou comercial, ou pela existência de relação de emprego, desde que, em função deles, o menor com dezesseis anos completos tenha economia própria.

Declaro, ainda, que tenho consciência de que constitui crime, previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro, prestar declaração falsa com 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.

Por ser verdade, firmo a presente declaração.

Local e data: . de de

ASSINATURA DO(A) REQUERENTE

ASSINATURA DO(A) REPRESENTANTE LEGAL

Em caso de dúvidas, entrar em contato com a Divisão de Concessão de Benefícios Previdenciários, através do telefone: (61) 2033-8282. Enviar esta Declaração para o seguinte endereço: **Divisão de Concessão de Benefícios Previdenciários, Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação, SEPN Quadra 507, Bloco B, Lote 2, 3º andar, sala 304/305, Asa Norte, CEP: 70740-901 - Brasília/DF** ou pelo E-mail: <dicob@mcti.gov.br>.