

**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) 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>.