

**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 exercei 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 exercei cargo público permanente e aderi ao programa de desligamento voluntário.
 Já exercei 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 HOUVER)

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.