**ANEXO II**

**NORMA COMPLEMENTAR Nº 01/2007**

**MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO**

**PROGRAMA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL – PLAN-ASSISTE**

## DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES

**PREENCHER COM LETRA DE FORMA.**

Declaro, para fins de prova junto ao PLAN-ASSISTE, de acordo com o Regulamento Geral do Programa de Saúde e Assistência Social do Ministério Público da União, que os beneficiários abaixo relacionados são meus dependentes perante o Órgão de Pessoal, para fins de dedução do Imposto de Renda na Fonte.

Estou ciente de que responderei civil, criminal e administrativamente por prestar informações incorretas ou falsas.

Inclui-se, entre as sanções administrativas, o ressarcimento integral e imediato das despesas realizadas com os dependentes abaixo, na falta da comprovação da dependência.

| Nome do titular | Matrícula |
|---|---|
| | |

| Nome do beneficiário | Grau de parentesco |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

_____ _____

Local/Data Assinatura

PA04