



MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO
PROGRAMA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL – PLAN-ASSISTE

DECLARAÇÃO DE DEPENDÊNCIA ECONÔMICA

Declaro, para fins de prova junto ao PLAN-ASSISTE, de acordo com o art. 1º, inciso III, alínea “b” ou “d” da Norma Complementar 01/2007, que os beneficiários especiais abaixo citados são solteiros e vivem sob minha dependência econômica.

Responsabilizo-me pela exatidão e veracidade das informações declaradas, ciente de que, se falsas as mesmas, ficarei sujeito às penalidades previstas em normas específicas e no Regulamento Geral.

Inclue-se nas sanções administrativas o ressarcimento integral e imediato das despesas realizadas com os beneficiários abaixo, na falta da comprovação da dependência.

As informações constantes desta Declaração poderão ser objeto de análise pela Administração do Programa junto aos Órgãos competentes.

PREENCHER COM LETRA DE FORMA.

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

NOME DO DEPENDENTE	PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	CPF

LOCAL E DATA	ASSINATURA
--------------	------------