



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DO  
ESTADO DE MINAS GERAIS

## DECLARAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que, \_\_\_\_\_, não se enquadra em nenhuma das situações disciplinadas no art. 14, do Decreto n. 46.651/14, uma vez que sou responsável por prover seu sustento de forma exclusiva. Informo, ainda, que meu enteado (a) não possui qualquer fonte de renda ou patrimônio para prover sua manutenção.

Ressalto a veracidade das informações aqui prestadas, razão pela qual me responsabilizo a ressarcir o erário público (gastos despendidos com a saúde do enteado/enteada) a ser descontado em minha folha de pagamento, caso posteriormente seja constatado/provado qualquer falsidade nas informações aqui registradas.

Belo horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome do segurado/posto/graduação e matrícula