



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 irmão/minha irmã 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 irmão/irmã) 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