



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas

DECLARAÇÃO DE DEPENDÊNCIA ECONÔMICA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A):

Nome:

Matrícula Siape:

CPF:

Data de Efetivo Exercício:

Unidade:

Cargo:

2 - DECLARAÇÃO:

Declaro que _____
é meu(minha) _____ e **vive sob minha dependência econômica**, visto não
perceber rendimento do trabalho ou de qualquer outra fonte, inclusive pensão ou provento de
aposentadoria, em valor superior ao limite de isenção mensal ([estabelecido pela Lei 11.482/2007](#)
[art. 1º](#)).

Responsabilizo-me pela exatidão e veracidade das informações declaradas, cientes de que, se
falsa a declaração, ficarei sujeito às penas da Lei na forma do [art. 299 do Código Penal, de](#)
[07.12.1940](#) (Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele
inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com fim de prejudicar
direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante. Pena - Reclusão de
1 a 5 anos e multa.)

_____, _____

Assinatura do(a) Servidor(a)