**ANEXO V**

**DECLARAÇÃO DE DEPENDÊNCIA ECONÔMICA**

**DADOS DO SEGURADO:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME:** | | | | | |
| **MATRÍCULA:** | | **CPF:** | | **RG:** | |
| **ÓRGÃO DE ORIGEM:** | | | **CARGO:** | | |
| **ENDEREÇO:** | | | | | **NÚMERO:** |
| **COMPLEMENTO** | **BAIRRO:** | | | **MUNICÍPIO:** | |
| **CEP:** | **FONE:** | | | **CELULAR:** | |
| **E-MAIL:** | | | | | |

**DADOS DO DEPENDENTE:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOME:** | | |
| **ENDEREÇO:** | | |
| **CPF:** | **RG:** | **CONDIÇÃO:**  **[ ] ENTEADO [ ] TUTELADO** |

Declaro, sob as penas da lei, que o acima citado é meu dependente previdenciário e vive sob minha dependência econômica.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2019.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do segurado**