



ESTADO DO ACRE  
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO ESTADO DO ACRE - ACREPREVIDÊNCIA

**DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES**

Eu, \_\_\_\_\_ CPF nº \_\_\_\_\_,

Matrícula \_\_\_\_\_, declaro para fins de APOSENTADORIA e tendo em vista o disposto no Art. 10 da Lei Complementar nº 154 de 08 de Dezembro de 2005, que:

<input type="checkbox"/> Não tenho dependentes.
<input type="checkbox"/> Tenho dependentes, abaixo relacionados:

Nome Completo		Grau de Parentesco
Estado Civil	Sexo	Data de nascimento

Nome Completo		Grau de Parentesco
Estado Civil	Sexo	Data de nascimento

Nome Completo		Grau de Parentesco
Estado Civil	Sexo	Data de nascimento

Nome Completo		Grau de Parentesco
Estado Civil	Sexo	Data de nascimento

Declaro, ainda, estar **CIENTE**, que a declaração falsa ou diversa sobre o fato ou situação real ocorrida, além de obrigar à devolução de eventuais importâncias recebidas indevidamente, quando for o caso, sujeitar-me-á às penalidades previstas nos arts. 171 e 299 do Código Penal.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_, Ac \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Rua Benjamin Constant, 351 – Cerâmica – CEP: 69.905-072  
Tel.: 3215-4300 / 3215-4309