

ANEXO V



PREFEITURA DO RECIFE
AUTARQUIA MUNICIPAL DE PREVIDÊNCIA E ASSISTENCIA A SAÚDE DOS SERVIDORES
GERÊNCIA DO SAÚDE RECIFE
DECLARAÇÃO DE DEPENDÊNCIA- PAIS

**SAÚDE
RECIFE**

Eu, _____,
matricula nº _____, CPF, nº _____ declaro, sob as penas da lei, que não possuo cônjuge ou companheiro(a) nem filhos de qualquer idade e que meus pais não possuem renda superior a duas vezes o valor da menor remuneração paga pelo município aos seus servidores, conforme exigência da Art. 7º, § 3º, da Lei Municipal Nº 17.082/2005 com as alterações das Leis 17.326/2007 e 17.527/2009. para a prestação de assistência à saúde no âmbito do Município do Recife.

Estou ciente de que qualquer informação falsa poderá acarretar a minha exclusão e a de meus dependentes no sistema de saúde do SAÚDE RECIFE.

Recife, _____ de _____ 201_____

Assinatura