



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS

Eu, _____,
nacionalidade _____, estado civil _____, ocupação _____, portadora(o)
da carteira de identidade nº _____, inscrita(o) no CPF sob o nº _____,
residente e domiciliada(o) no endereço de logradouro
_____, nº _____, bairro _____, cidade
_____, UF _____, **DECLARO**, para os fins de direito, sob as penas da lei, que as
informações prestadas e documentos apresentados para fins de ressarcimento das despesas
funerárias tidas com o(a) advogado(a)
_____, benefício estatutário
concedido pela Caixa de Assistência aos Advogados de Minas Gerais, **são autênticos, fiéis à
verdade e condizentes com a realidade dos fatos à época**, estando ciente através desse
documento que a falsidade dessa declaração pode ensejar o indeferimento do reembolso e as
demais medidas e penas cabíveis previstas em Lei.

_____/____, dia ____ do mês de _____ do ano de 20 ____.

Assinatura do(a) requerente
CPF: