

COMPROVANTE DE PRESTAÇÃO DE INFORMAÇÕES

Governo Federal
Ministério do Desenvolvimento Social
Secretaria Nacional de Renda de Cidadania
Departamento do Cadastro Único

Formulário Principal
de Cadastro

Declaro, sob as penas da lei (Art. 299 do Código Penal), que as declarações contidas neste formulário correspondem à verdade e comprometo-me a procurar a gestão municipal para atualizá-las sempre que houver mudanças em relação às informações prestadas por mim nesta entrevista ou, no máximo, em até dois anos da data desta entrevista.

Nome

LUCINEI DE OLIVEIRA DE ANDRADE

055.685.769 | 04

Identificação (CPF)

00435958809 | - | 06

Identificação (Título do Eleitor)

Assinatura do Responsável pela Unidade Familiar

Nome do município

SAO DOMINGOS - SC

Código familiar

065203807-76

Data da entrevista

07 | 06 | 2021
Dia | Mês | Ano

Entrevistador

Identificação (CPF)

009.713.509 | - | 73

Modalidade da operação

Telefone do órgão responsável

X Inclusão
Alteração

3443-0789

Fuliane Belli de
Assinatura do entrevistador