

COMPROVANTE DE PRESTAÇÃO DE INFORMAÇÕES

Formulário Principal
de

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

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
ANA MARCIA LEAL GRANOSIKI

009.233.329 | 01
Identificação (CPF)

Sara M. de M.
Assinatura do Responsável pela Unidade

00345676009 | - | 73
Identificação (Título do Eleitor)

Nome do município

SAO DOMINGOS - SC

Código familiar

063896230-70

Data da entrevista

02 | 09 | 2024
Dia | Mês | Ano

Entrevistador

009.713.509 | - | 73
Identificação (CPF)

Modalidade da

Inclusão
Alteração

Telefone do órgão responsável

3443-0789

Antônio R. de M.
Assinatura do