

ANEXO VI
PORTARIA CONJUNTA MDS/MPG/INSS Nº 2, DE 19 DE SETEMBRO DE 2014

**DECLARAÇÃO DE QUE O TITULAR DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
APRESENTADO NÃO COMPÕE O GRUPO FAMILIAR DO REQUERENTE**

Dados do Requerente do Benefício de Prestação Continuada:
Nome: _____
Nome da mãe: _____
Documento Oficial de Identificação: _____ Órgão Emissor: _____ UF: _____
Nº CPF: _____
Dados do titular do comprovante de residência:
Nome: _____
Endereço: _____
Documento Oficial de Identificação: _____ Órgão Emissor: _____ UF: _____
Nº CPF: _____

Declaro, com vistas a comprovar domicílio e residência acima nominado e identificado, que o titular do comprovante de residência ora apresentado coabita comigo, mas não compõe o grupo familiar considerado para cálculo da renda *per capita* familiar, conforme dispõe a legislação em vigor.

Pela presente, declaro, ainda, serem completas e verdadeiras as informações acima expostas, estando ciente das penalidades previstas nos artigos 171 e 299 do Código Penal Brasileiro.

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura