

COMPROVANTE DE PRESTAÇÃO DE INFORMAÇÕES

Governo Federal
Ministério do Desenvolvimento e Assistência
Social, Família e Combate à Fome
Secretaria de Avaliação, Gestão da Informação
e Cadastro Único

Formulário Principal
de Cadastramento

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 **LUCIENE RAFAELA FRANCO DOS SANTOS**026.506.242 - 05
Identificação (CPF)6658522138 - 84
Identificação (Título do Eleitor)

Assinatura do Responsável pela Unidade Familiar

Nome do município **FLORIANOPOLIS/SC**

Código familiar

7314379777

Data da entrevista

16 12 2025
Dia Mês Ano

Entrevistador

028.764.XXX - 32
Identificação (CPF)

Modalidade da operação

Inclusão
☒ Alteração

Telefone do órgão responsável

Assinatura do entrevistador