

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 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 MARIA ALINE GONCALVES DA SILVA

019.431.921 - 03 5442389109 - 90
Identificação (CPF) Identificação (Título do Eleitor)

Assinatura do Responsável pela Unidade Familiar

Nome do município LUZIANIA/GO

Código familiar

5518403747

Data da entrevista

26 11 2025
Dia Mês Ano

Entrevistador

069.416.XXX - 77
Identificação (CPF)

Modalidade da operação

Inclusão

☒ Alteração

Telefone do órgão responsável

Assinatura do entrevistador