

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 ALEIDA MACHADO DE ARAUJO GONCALVES

016.489.261 - 34
Identificação (CPF)6573171074 - 74
Identificação (Título do Eleitor)

Assinatura do Responsável pela Unidade Familiar

Nome do município LUZIANIA/GO

Código familiar	Data da entrevista	Entrevistador
4320300424	22 4 2025 Dia Mês Ano	835.954.XXX - 04 Identificação (CPF)
Modalidade da operação	Telefone do órgão	Assinatura do entrevistador
Inclusão X Alteração		

Autenticidade

A autenticidade poderá ser confirmada informando
a **chave de segurança** no site do Ministério do
Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate
à Fome

<https://cadunico.dataprev.gov.br/#/validacao-comprovante>

Chave de segurança
KqhzjW1M.XtaL.eub5

Consulta realizada em 22/04/2025 às 11:06:10

