

DECLARAÇÃO DO REQUERENTE PARA DEDUÇÃO DA DESPESA DO SUAS NA RENDA FAMILIAR

1.1.Nome:		1.2.Data de Nascimento (dd/mm/aaaa):	
1.3.Nome social:	1.4.CPF:	1.5.Nacionalidade:	
1.6.Endereço:		1.7.Nº:	
1.8.Complemento:		1.9.Bairro:	
1.10.Município:	1.11.Estado:	1.12.CEP:	
1.13.Telefone: ()			
Preencha os campos abaixo APENAS se houver Representante Legal (guardião, tutor ou curador)			
2.1.Nome do Representante Legal (RL):		2.2.CPF:	
2.3.Endereço:			
2.4.Município:	2.5.Estado:	2.6.CEP:	
2.7.Telefone: ()			
Em relação à oferta do Serviço de Proteção Social Especial para Idosos, Pessoas com Deficiência e suas Famílias (marcar apenas uma opção):			
3.1.() Necessito do serviço			
3.2.() NÃO necessito do serviço			

_____, _____
Local, data

Assinatura do Responsável pelo preenchimento – Requerente ou Representante Legal