



**CENSO CADASTRAL PREVIDENCIÁRIO 2023**

**FORMULÁRIO PARA DECLARAÇÃO DE DEPENDÊNCIA**

DADOS DO(A) DECLARANTE			
NOME COMPLETO			
CPF	RG	ÓRGÃO EXPEDIDOR	
DECLARO, SOB AS PENAS DA LEI, QUE VIVE(M) SOB MINHA DEPENDÊNCIA A(S) PESSOA(S) ABAIXO INDICADA(S).			
DEPENDENTE NOME COMPLETO			
CPF	RG	PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO / /
DEPENDENTE NOME COMPLETO			
CPF	RG	PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO / /
DEPENDENTE NOME COMPLETO			
CPF	RG	PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO / /
TERMO DE RESPONSABILIDADE			
Declaro, sob as penas da Lei, serem verdadeiros todos os dados e informações apresentados neste formulário, assim como os documentos apresentados. Declaro, ainda, estar ciente de que Declaração Falsa ou Omissão de qualquer informação constitui crime e pode implicar na sanção penal prevista no nos Arts. 171 e 299 do Código Penal.			

No município de \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Assinatura do(a) segurado



*Orgulho de Viver Aqui*

ESTADO DE SANTA CATARINA  
**MUNICÍPIO DE TIMBÓ GRANDE**

[www.timbogrande.sc.gov.br](http://www.timbogrande.sc.gov.br)

**NOTAS EXPLICATIVAS**

- 1- SE O SEGURADO NÃO CONSEGUIR COMPARECER AO LOCAL DO CENSO, PARA EFETUAR O RECENCEAMENTO, DEVERÁ:
  - A) PREENCHER COMPLETAMENTE ESTE FORMULÁRIO;
  - B) ASSINAR EM TODAS AS VIAS/PÁGINAS COM RECONHECIMENTO DE FIRMA EM CARTÓRIOS DE NOTAS, **NA FORMA PRESENCIAL;**