

**ANEXO VI**  
**PORTARIA CONJUNTA MDS/MPS/INSS Nº 2, DE 19 DE SETEMBRO DE 2014**

**DECLARAÇÃO DE QUE O TITULAR DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA  
APRESENTADO NÃO COMPÕE O GRUPO FAMILIAR DO REQUERENTE**

<b>Dados do Requerente do Benefício de Prestação Continuada:</b>	
Nome: _____	
Nome da mãe: _____	
Documento Oficial de Identificação: _____	Órgão Emissor: _____ UF: _____
Nº CPF: _____	
<b>Dados do titular do comprovante de residência:</b>	
Nome: _____	
Endereço: _____	
Documento Oficial de Identificação: _____	Órgão Emissor: _____ UF: _____
Nº CPF: _____	

Declaro, com vistas a comprovar domicílio e residência acima nominado e identificado, que o titular do comprovante de residência ora apresentado coabita comigo, mas não compõe o grupo familiar considerado para cálculo da renda *per capita* familiar, conforme dispõe a legislação em vigor.

Pela presente, declaro, ainda, serem completas e verdadeiras as informações acima expostas, estando ciente das penalidades previstas nos artigos 171 e 299 do Código Penal Brasileiro.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura