ANEXO VI

DECLARAÇÃO APOSENTADA/O, PENSIONISTA AUXÍLIO DOENÇA

Eu,_____, portador/a do RG nº _____ e CPF nº _____, declaro para os devidos fins e sob pena da lei, que não recebi nenhum rendimento nos últimos três meses e meu sustento tem sido proveniente de ( ) pensão alimentícia
( ) pensão por morte ( ) aposentadoria ( ) auxílio doença no valor de R$ _____.

Por ser verdade, firmo a presente declaração.

Guarantã do Norte-MT, _____ de _____ de _____

Assinatura da/do Declarante