



PREFEITURA DE
Guararema

SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIOS – ÓCULOS DE GRAU – SEDS

FORMULÁRIO 49

Ao

Prefeito Municipal de Guararema

Dados do Requerente:

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____

Endereço: _____ nº _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Tel./Fax: _____ E-mail: _____

Documentos Obrigatórios:

- Cópia da Prescrição Médica com CID (recente)
- Cópia do RG, CPF e Comprovante de endereço.
- Declaração de comprovação da composição da renda familiar
- Comprovante de renda.

OBSERVAÇÕES:

- Prescrições médicas provenientes dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) de referência do Município de Guararema.

Guararema, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO REQUERENTE



PREFEITURA DE Guararema

DECLARAÇÃO DE COMPROVAÇÃO DA COMPOSIÇÃO DA RENDA FAMILIAR

Eu, _____,
portador(a) do RG nº _____ e CPF nº _____,
residente na _____,

declaro, para fins de obtenção de benefício da Resolução nº 01/2021, que a minha família é
composta de _____ pessoas, das quais recebem renda, conforme valores abaixo indicados:

Nº	Nome	CPF	Parentesco	Possui Renda	Renda Mensal
			O Próprio	SIM/NÃO	
TOTAL DA RENDA FAMILIAR					
RENDA PER CAPITA (Total da renda familiar dividida pelo número de membros)					

O (A) declarante está ciente e advertido(a) das consequências do presente ato que se constitui em documento público, principalmente para fins criminais, conforme previsto no artigo 299 do Código Penal Brasileiro: **“Art.299 Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele deva constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena – reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.”.**

Guararema, _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) declarante