**DECLARAÇÃO DE QUE NÃO POSSUI OUTRO MEMBRO DA FAMÍLIA DO MESMO NÚCLEO FAMILIAR DO CADASTRO ÚNICO BENEFICIADO POR ESTE PROGRAMA**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, natural de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) do CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente e domiciliado no endereço \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Declaro que não possuo outro membro da família do mesmo núcleo familiar do Cadastro Único beneficiado pelo Programa MS SUPERA.

**Por ser a expressão fiel da verdade, me sujeito formalmente, por intermédio desta declaração, em caso de omissão ou falsidade, a responder pelas sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, nos termos que dispõe a Lei n. 7.115, de 29 de agosto de 1983.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-MS, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Assinatura Digital

(Assinar o documento digitalmente pelo site do **Gov.br** no seguinte endereço eletrônico <https://sso.acesso.gov.br/> )