

**DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES, BENS E  
RENDIMENTOS MENSAIS MÉDIOS, COM contribuição INSS**

Eu \_\_\_\_\_,  
portador (a) do CPF nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado no endereço:

\_\_\_\_\_,  
declaro para os devidos fins, que **sou trabalhador (a) AUTÔNOMO (a), que recolho  
contribuição mensal ao INSS e desenvolvo as seguintes atividades:** (nestas linhas dizer  
detalhadamente qual atividade realiza, se possui empregados, se possui bens destinados à realização dessa atividade e  
qual a renda média que auferire). \_\_\_\_\_

Informo, também, que:

( ) **Não** possuo conta bancária em meu nome.

( ) **Possuo** conta bancária em meu nome [**anexar** cópia dos extratos bancários].

Declaro ainda, a inteira responsabilidade pelas informações contidas neste  
instrumento, estando ciente de que a omissão ou a apresentação de informações e/ou  
documentos falsos ou divergentes implicam a exclusão do solicitante \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ do Programa de Concessão de Benefícios PS 2021/2.

**Obs: anexar cópia do Registro de autônomo do INSS (cópia do cartão de  
identificação e do último recolhimento de contribuição)**

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Nome do(a) candidato(a) ao Benefício: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco do(a) declarante com o(a) candidato(a) ao Benefício:

( ) O próprio candidato; ( ) Pai/Mãe; ( ) Avô/Avó; ( ) cônjuge ( ) outro: \_\_\_\_\_

**TESTEMUNHAS:**

**Declaro que as informações acima são verdadeiras.**

*Como testemunhas são aceitas pessoas que não façam parte do grupo familiar e não é necessário fazer  
reconhecimento de firma das assinaturas nem enviar cópia da RG das testemunhas.*

\_\_\_\_\_  
Nome e RG da 1ª testemunha

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Nome e RG da 2ª testemunha

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**Esta declaração, quando utilizada, deverá ser enviada como documento do Tipo:  
Comprovação de Renda.**