**DECLARAÇÃO**

 Eu, NOME COMPLETO, portador(a) da CI: 00000000000000 SSP/CE, CPF: 0000000, residente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,Nº \_\_\_\_\_, Bairro, na cidade de Cidade/CE, declaro ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) que não incorri em qualquer das causas de emancipação.

 Cidade/Estado, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOME COMPLETO

 CPF: 0000000000000000