



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE ASSUNTOS ESTUDANTIS
COORDENADORIA DE ASSUNTOS ESTUDANTIS
DIVISÃO DE GESTÃO DE BENEFÍCIOS**

DECLARAÇÃO DE COABITAÇÃO

Eu, _____, portador(a) da
cédula de identidade nº _____, órgão expedidor _____, inscrito(a) no
Cadastro de Pessoas Físicas sob o nº _____ e matriculado(a) no curso
_____ da Universidade Federal do Ceará sob o nº _____,
declaro, sob as penas da lei, para fins de participação dos processos seletivos da Divisão de Gestão
de Benefícios – DIGEB/PRAE/UFC, que possuo guarda do(a) meu(minha) filho(a)
_____, cuja data de nascimento é
____/____/____, e que ele(a) reside comigo na rua _____
_____, nº _____, bairro _____,
cidade _____ e Estado _____.

Ratifico serem verdadeiras as informações prestadas neste instrumento, estando ciente de
que a omissão de informação relevante ou a apresentação de dados falsos ou diversos do que
deveriam ser declarados configurará o crime de Falsidade Ideológica, conforme o art. 299 do
Código Penal, além de ensejar o meu desligamento imediato do Programa ou Auxílio caso
confirmada em apuração posterior à inserção no referido benefício, sem prejuízo das sanções penais
cabíveis.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Declarante