



SESAP

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



TERMO DE DECLARAÇÃO

Eu, _____, inscrito(a) sob o CPF nº _____ e RG nº _____, residente no endereço _____, declaro, sob as penas da lei, que possuo em relação à criança _____, nascida em ___/___/___, vínculo
() familiar (*especificar grau de parentesco: avó, tia, irmã...*): _____
() outro (especificar o tipo de vínculo): _____

Declaro, ainda, que a criança está sob minha responsabilidade e guarda de fato, uma vez se encontrar sem seus pais e responsáveis legais.

_____, _____ de _____ de 2022.

ASSINATURA DO(A) DECLARANTE

OBS. SEGUEM EM ANEXO CÓPIA DA CERTIDÃO DE NASCIMENTO DA CRIANÇA E COMPROVANTE DE ENDEREÇO E CÓPIA DO RG E CPF DO DECLARANTE.