



# 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.**