

DECLARAÇÃO DE CONVIVENTE

Eu, _____, brasileiro (a), (estado civil) _____, servidor(a) público(a) municipal, lotado (a) na Secretaria: _____, Local de Trabalho: _____ sob matrícula de nº _____, portador(a) da Cédula de Identidade RG de nº _____ / _____ e do CPF/MF de nº _____ - _____, residente e domiciliado(a) sito à _____, nº _____, Bairro _____, CEP: _____ - _____, nesta cidade e Comarca de Rondonópolis(MT). Declaro para fins de INCLUSÃO junto ao SERV-SAÚDE (Instituto de Assistência a Saúde dos Servidores Públicos Municipais de Rondonópolis-MT) o(a) Sr.(a): _____, portador(a) da Cédula de Identidade RG de nº _____ / _____ e do CPF/MF de nº _____ - _____ com quem convivo desde ____/____/____.

Declaro para os devidos fins legais, que as informações acima mencionadas são verdadeiras, podendo inclusive ser ratificada em Juízo, se necessário for. Sendo, portanto, eleitas três (03) testemunhas, que atestam a veracidade das referidas informações, cientes de que a falsa declaração anula, para todos os efeitos, a inclusão ora requerida, bem como acarretará tipificação ao que preleciona o Código Penal Brasileiro, além da Responsabilidade Civil prevista no Código Civil Brasileiro e sanções administrativas preconizadas pelo Estatuto dos Servidores Públicos Municipais.

Rondonópolis (MT), ____ de _____ de 20____.

Titular

Dependente Convivente

TESTEMUNHAS:

1. _____

Declarante:

RG/CPF.:

Endereço:

2. _____

Declarante

RG/CPF.:

Endereço:

3. _____

Declarante

RG/CPF.:

Endereço:

OBS: AS ASSINATURAS DOS DECLARANTES DEVERÃO SER RECONHECIDAS EM CARTÓRIO.