



www.unimedguarulhos.coop.br
Avenida Paulo Faccini, 900 07111-000
Jardim Barbosa, Guarulhos - SP
T (11) 2463-8000



DECLARAÇÃO

Eu, _____, portador (a) da cédula de identidade, RG nº _____ e inscrito (a) no CPF/MF sob o nº _____, declaro para os devidos fins, que convivo em união estável com _____, portador (a) da cédula de identidade, RG nº _____ e inscrito (a) no CPF/MF sob o nº _____.

Guarulhos, ____/____/____

Assinatura dos conjugues:

Assinatura

Assinatura

Testemunhas:

Assinatura

Nome: _____

RG: _____

CPF/MF: _____

Assinatura

Nome: _____

RG: _____

CPF/MF: _____

