

## DECLARAÇÃO DE ESTADO CIVIL

DECLARO para fins de inclusão como dependente do servidor(a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ na qualidade de filho, enteado  
*Nome do(a) servidor(a)*

ou equiparado a filho entre 18 e 28 anos, conforme inciso VII do art. 10 da Lei nº 4.433/06, junto ao Fundo de Assistência à Saúde – FAS, exclusivamente como beneficiário do Plano de Assistência Médica, que meu estado civil é **SOLTEIRO** e que não mantendo união estável, nos termos do artigo nº 1723 e seguintes do Código Civil Brasileiro.

Esta declaração será válida por 12(doze) meses, COMPROMETENDO-ME a reafirma-la antes do vencimento deste prazo para assegurar minha manutenção na qualidade de beneficiário no Fundo de Assistência à Saúde – FAS.

E, por ser expressão da verdade, firmo a presente em uma única via.

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ . Telefone: \_\_\_\_\_

Montenegro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

**DECLARANTE:** \_\_\_\_\_

Assinatura Autenticada