

DECLARAÇÃO

Eu, _____,
residente e domiciliado no Endereço:
_____, nº _____, Bairro
_____, Cidade _____, portador do RG nº
_____ e CPF nº _____, data de
nascimento, ____/____/_____, idade _____ anos, declaro para os devidos fins que
não recebo outro benefício de AUXÍLIO-SAÚDE custeado integral ou parcialmente pelos
cofres públicos.

Mossoró/RN, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Declarante