**DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL**

**AURORA SAÚDE**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nome completo nacionalidade estado civil profissão

nascido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ portador da Carteira de Identidade sob o nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, expedida pelo

dia / mês / ano número

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

órgão número nome completo

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nascido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ portador da Carteira

nacionalidade estado civil profissão dia / mês / ano

de Identidade sob o nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, expedida pelo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

número órgão número

residentes á \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaramos, sob penas da lei, que

endereço completo

convivemos em União Estável desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ nos termos do artigo 1723 e seguintes do código civil.

dia / mês / ano

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

Cidade dia mês ano

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1º Declarante 2º Declarante

Testemunhas:

1. Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_