



MUNICÍPIO DE CURVELO
ESTADO DE MINAS GERAIS

**Declaração (Estratégica Saúde da Família CRAS ou CREAS)
O que se refere o inciso II, do art. 2º da lei Complementar nº:203 de 03/01/2024**

Declaro, a pedido da (a) interessado(a) e para fins de prova de residência a que se refere o inciso II do art. 2º da Lei Complementar 203 de 03 de janeiro de 2024 que:

Sr.(a): _____,

Inscrito no CPF: _____, portador(a) da carteira

de identidade nº: _____, possui residência a

RUA/AVN: _____, Nº: _____,

Bairro: _____, CEP: _____, no Município de Curvelo/MG, com cobertura e acompanhamento pela;

(Equipe de estratégia de saúde da Família CRAS ou CREAS), localizado na

Rua/AVN: _____, Nº: _____

Bairro: _____, CEP: _____, no Município de Curvelo/MG.

Por ser verdade dato e assino o presente documento, declarando estar ciente de que responderei criminalmente em caso de falsidade das informações aqui prestadas.

DATA E ASSINATURA

Curvelo/MG, ____ / ____ / ____

Assinatura e carimbo do responsável pelo (ESF, CRAS ou Creas)