

DECLARAÇÃO DO BENEFICIÁRIO DE QUE NÃO FOI ATENDIDO PELO SUS

Beneficiário identificado

Identificação		
Nome: eduardo ouro teste mais um de novo		
RG: 1123213213	Data de Expedição:	CPF: 61546321187
Nome do Pai:		
Nome da Mãe: maezinha do coracao		
Data de Nascimento: 01/01/1990	Naturalidade: CAXIAS DO SUL	

Endereço de Residência		
Logradouro: R. EUCLIDES DA CUNHA		
Número: 123	Complemento:	Bairro: centro
Município: CAXIAS DO SUL	UF: RS	CEP: 95000000

Contatos	
Telefone:	Email:

Declarante

Parentesco:

Identificação		
Nome:		
RG:	Data de Expedição:	CPF:

Endereço de Residência		
Logradouro:		
Número:	Complemento:	Bairro:
Município:	UF:	CEP:

Contatos	
Telefone:	Email:

Declaração

Declaro, para os devidos fins, que o beneficiário identificado acima qualificado não esteve internado(a) no dia 08/05/2018 a 11/05/2018, no estabelecimento de ASSOCIACAO NUMERO TRES DA ABI.
 Atesto, sob as penas da lei, que as informações declaradas são verdadeiras.

ANTONIO PRADO/RS