



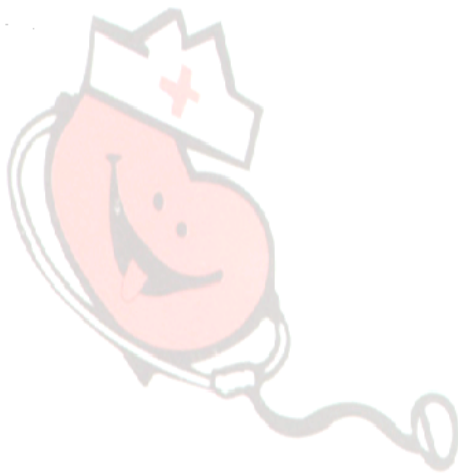
# SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

REBOUÇAS – PARANÁ

PREFEITURA MUNICIPAL DE REBOUÇAS

## DECLARAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a)  
do RG nº \_\_\_\_\_ e do CPF nº \_\_\_\_\_, DECLARO, para  
todos os fins, que concordo em receber INTIMAÇÕES no número  
\_\_\_\_\_, via *WhatsApp*.



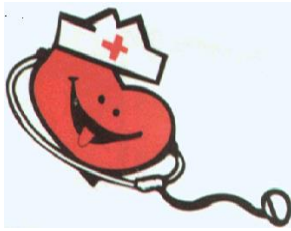
Rebouças, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE REBOUÇAS

Setor Administrativo

Rebouças – Paraná – CEP: 84550000 Fone (42) 3457- 2124 e-mail: admsauderebouças@yahoo.com.br



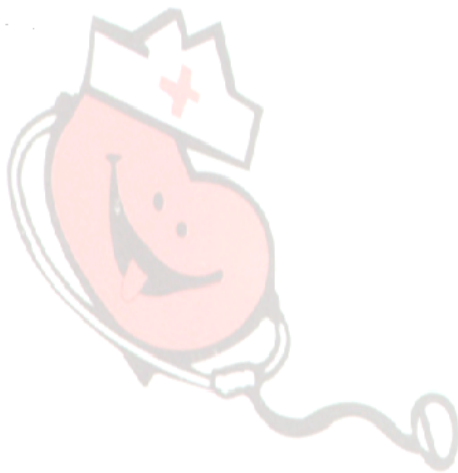
# SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

REBOUÇAS – PARANÁ

PREFEITURA MUNICIPAL DE REBOUÇAS

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a)  
do RG nº \_\_\_\_\_ e do CPF nº \_\_\_\_\_, residente e  
domiciliado(a) à, DECLARO, para todos os fins de direito, que não tenho  
condições de arcar com as despesas do presente processo, sem prejuízo do  
meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da Gratuidade da  
Justiça.



Rebouças, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE REBOUÇAS

Setor Administrativo

Rebouças – Paraná – CEP: 84550000 Fone (42) 3457- 2124 e-mail: admsauderebouças@yahoo.com.br