



GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE TRANSPLANTE - COSET
Central de Estadual de Transplantes – CET – Ba



DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL

Eu, _____,
(Nome completo) (Nacionalidade)

_____, _____, _____,
(Profissão) (RG) (CPF)

residente e domiciliado à Rua _____
(Endereço completo, bairro)

_____, _____, _____,
(CEP) (Cidade/ Estado)

declaro para os devidos fins que convivo em **união estável, de natureza familiar, pública e duradoura,**

nos termos do Código Civil, com o (a) Sr.(a) _____
(nome do doador - completo e sem abreviações)

_____, desde _____.
(Início da União estável)

_____, _____ de _____ de _____

Nome completo

Assinatura

1ª Testemunha

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____

Ass: _____

2ª Testemunha

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____

Ass: _____

ANEXAR CÓPIA DO DOCUMENTO RG/CPF DO DECLARANTE

Central Estadual de Transplantes – CET

Tel. (71) 3356-6776 / 0800 284 0444

E-mail: Transplantes.ba@gmail.com Site: www.saude.ba.gov.br/transplantes