

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO  
PROGRAMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES  
CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTES DO RIO DE JANEIRO**

**DECLARAÇÃO DE CONVÍVIO MARITAL/UNIÃO ESTÁVEL**

Eu, \_\_\_\_\_,  
(Nome completo)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
(Nacionalidade) (Profissão)

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

residente e domiciliado à \_\_\_\_\_,  
(Endereço completo)

Bairro: \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_

Cidade/Estado: \_\_\_\_\_, declaro para devidos fins

que convivo maritalmente/em união estável, de natureza familiar, pública e duradoura, nos

termos do Código Civil, com o(a) Sr<sup>o</sup>(a) \_\_\_\_\_

(Nome completo e sem abreviações do(a) doador(ra))

\_\_\_\_\_, desde \_\_\_\_\_.

( Início do convívio marital/união estável)

RJ, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**1ª Testemunha:**

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**2ª Testemunha:**

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_