

## DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL

Eu, \_\_\_\_\_, portador (a) da carteira de identidade nº \_\_\_\_\_, expedida pela \_\_\_\_\_ em data de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, residente e domiciliado a rua \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, cidade de \_\_\_\_\_, Estado de \_\_\_\_\_ abaixo assinado, **DECLARO**, para o fim específico de inclusão de dependente na **UNIMED .....**, sob as penas da lei e para que surta os seus jurídicos e legais efeitos que: \_\_\_\_\_, nascida (o) em data de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, natural da cidade de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, portadora (o) da carteira de identidade nº \_\_\_\_\_, expedida pela \_\_\_\_\_ em data de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, convive comigo como companheira(o) à \_\_\_\_\_, vivendo ambos sob o mesmo teto, com residência no endereço acima mencionado, constituindo o regime de união estável nos termos da lei.

Para fins de executividade do presente instrumento, declaramos, conjuntamente, que estamos, ambos, livres e desimpedidos, não tendo qualquer impedimento legal, para nos qualificar **de acordo com o Artigo 1.723 do Código Civil**.

Declaro, ainda, estar ciente de que em caso de vir a ser comprovada inverdade desta declaração, para o fim a que se destina, incorrerei no risco de exclusão do quadro de usuários da **UNIMED .....**, bem como vir a ser responsabilizado pelo ressarcimento de possíveis prejuízos financeiros causados em virtude desta declaração, sem prejuízo de responder ação penal competente.

....., \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

**Nome:**  
CPF.:

**Nome:**  
CPF.:

Testemunhas:

**Nome:**  
CPF.:

**Nome:**  
CPF.: