



PREFEITURA DE ARAUCÁRIA

Declaração do Requerente sem Sociedade Conjugal

Eu, _____, _____ anos,
RG _____, Órgão Emissor _____, CPF _____ Cartão
Nacional do SUS _____, declaro para fins de Esterilização
Cirúrgica Voluntária e Eletiva Masculina: VASECTOMIA, que não me encontro em
sociedade conjugal – casamento ou união estável na presente data.

Assinatura da Requerente

Araucária, _____ de _____ 20 ____.

**Secretaria Municipal
de Saúde**

+55 41 3614-1470
smsa@araucaria.pr.gov.br
Rua Pedro Druszcz, 111, 2º Andar - Centro
CEP 83702 080 - Araucária / PR