**ANEXO IX**

**Declaração de parentesco**

Eu **Clique ou toque aqui para inserir o texto.**, portador do RG sob nº **Clique ou toque aqui para inserir o texto.**, inscrito no CPF sob nº **Clique ou toque aqui para inserir o texto.** , candidato(a) ao credenciamento junto à Secretaria Municipal de Saúde de Itaberaí - GO, conforme previsto no **Edital de Credenciamento nº 001/2025 – FMS**. **DECLARO**, sob as penas da lei, (ser ou não ser) **Escolher um item.**, cônjuge, companheiro (a) ou parente, em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, de servidor (a) deste município.

Em caso afirmativo, citar o nome do servidor (a), com o respectivo grau de parentesco.

**Nome:** Clique ou toque aqui para inserir o texto.

**Grau de Parentesco:** Clique ou toque aqui para inserir o texto.

 Por ser verdade, firmo a presente declaração para que surta efeitos jurídicos e legais.

Itaberaí – GO, segunda-feira, 9 de junho de 2025.

Assinatura digital