



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁ-SP
Secretaria de Segurança Pública e Cidadã
GUARDA CIVIL MUNICIPAL



TERMO DE INFORMAÇÃO E DECLARAÇÃO

Nome do declarante: _____

Parentesco: _____

R.G. Nº: _____ CPF Nº: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Estado civil: _____

Profissão: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP _____ Cidade/Estado: _____

Telefone: _____ Número do B.O.: _____

O declarante afirma que as informações prestadas no presente termo, são verdadeiras, e autoriza a divulgação do nome e foto da pessoa retro discriminada, no site da Prefeitura de Arujá e Câmara Municipal e sites parceiros, até sua localização, que se encontra desaparecido(a) desde a data de ____ / ____ / ____.

Considerando que divulgação da pessoa desaparecida permanecerá por no máximo 12 (doze) meses no site municipal e, caso a pessoa desaparecida seja localizada durante este período, compromete-se o declarante a comunicar a Guarda Civil Municipal de Arujá, no prazo máximo, 48 horas.

Arujá, ____ de ____ de ____

Assinatura do declarante