**TERMO DE DECLARAÇÃO E RESPONSABILIDADE**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador (a) do RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito (a) no CPF/MF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nos termos do art. 4º, III, do Código Civil, informo que o (a) beneficiário (a) titular \_\_\_\_\_\_\_(nome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito (a) no CPF/MF sob nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, encontra-se impossibilitado de expressar sua vontade em razão de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(especificar o motivo. Ex. Internação hospitalar)\_\_\_\_\_.

Informo que assumo todas e quaisquer responsabilidades civis, criminais e administrativas pelas informações aqui prestadas, me comprometendo em providenciar a ratificação da alteração contratual pelo titular após a alta hospitalar, ou encaminhamento da documentação judicial ou extrajudicial pertinente (certidão de curatela, certidão de inventariante ou procuração por instrumento público ou particular).

Por ser verdade, assino o presente termo em duas vias, de igual teor e forma, para que surta os efeitos jurídicos pretendidos.

Assinatura do declarante:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RG:

CPF:

Grau de parentesco:

Testemunha:

RG

Testemunha:

RG