**Termo de Declaração**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, brasileiro(a), portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito(a) sob CPF de nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **DECLARO que concordo que a curatela de** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, meu(minha) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (grau de parentesco) seja concedida a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**DECLARO**, ainda, que conheço o interditando há \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ anos e ele possui as seguintes dificuldades:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Sem nenhuma dificuldade | Com um pouco de dificuldade | Com dificuldade | Com muita dificuldade | Não consegue realizar esta tarefa |
| Consegue se comunicar com outras pessoas e entender o que elas falam? |  |  |  |  |  |
| Consegue se deslocar e se localizar sozinho (a)? |  |  |  |  |  |
| Consegue ouvir e enxergar? |  |  |  |  |  |
| Consegue se alimentar sozinho(a)? |  |  |  |  |  |
| Consegue fazer sua higiene pessoal sozinho(a)? (tomar banho, lavar as mãos) |  |  |  |  |  |
| Consegue ler e entender o que está escrito? |  |  |  |  |  |
| Consegue tomar seus medicamentos sozinho? |  |  |  |  |  |
| Consegue lidar com suas emoções e estresse? |  |  |  |  |  |
| Consegue tomar decisões que envolvam dinheiro? (cuidar de seu benefício, pagar contas, controlar suas economias) |  |  |  |  |  |

**\*\*\* Marque um X no quadrado que melhor responde à pergunta.**

Por serem verdadeiras as informações prestadas, firmo o presente.

Curitiba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

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

Assinatura (nome completo)