



AGÊNCIA BRASILEIRA DE APOIO À GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SHN – Quadra 1, Bloco E, Conj A, 2º andar, Edifício CNP - Bairro setor Hoteleiro Norte, Brasília/DF, CEP 70701-050
www.agenciasus.org.br

ANEXO VI

DECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO ÉTNICO

Nós, lideranças da etnia _____, declaramos que o(a) indígena _____, cadastrado(a) no CPF nº _____, RG nº _____, residente na aldeia indígena _____, no município _____, UF _____, é pertencente e aldeado(a) em nossa comunidade indígena.

Nome liderança: _____

Cargo/Função/Papel: _____

Povo: _____

CPF: _____

RG: _____

Assinatura da liderança: _____

Nome liderança: _____

Cargo/Função/Papel: _____

Povo: _____

CPF: _____

RG: _____

Assinatura da liderança: _____

Nome liderança: _____

Cargo/Função/Papel: _____

Povo: _____

CPF: _____

RG: _____

Assinatura da liderança: _____