



## REQUERIMENTO KIT MATERNIDADE

### Dados da família:

**Nome completo (sem abreviaturas)**

Mãe da criança:

Pai da criança:

**Endereço para entrega do Kit Maternidade**

CEP: Cidade: UF: Celular:

Tel. residencial: Tel. comercial: Fax:

E-mail:

Lotação: Cargo: Mat. TJMG: Conta:

### Informações complementares:

Nome da criança:

Data de nascimento: / / Sexo: ( ) F ( ) M

- O Kit Maternidade poderá ser solicitado a partir do 6º mês de gestação até seis meses de vida da criança, impreterivelmente.
- O Kit será encaminhado após o nascimento da criança, mediante a certidão de nascimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Local e Data****Assinatura do Cooperado**