**DECLARAÇÃO**

 Eu, NOME COMPLETO, portador(a) da CI: 000000000 SSP/CE, CPF: 000.000.000-00, residente Rua \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/CE, declaro ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) que fui demitida pela EMPRESA TAL CNPJ 000000000 em DIA/MÊS/ANO, e somente 1 mês depois descobri que estava grávida.

 CIDADE/ESTADO , \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

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

 NOME COMPLETO

 0000000000 SSP/CE, CPF: 000.000.000-00