



ANEXO II

**TERMO DE CIÊNCIA QUANTO AO CARÁTER VOLUNTÁRIO DO SERVIÇO
PRESTADO COMO FAMÍLIA ACOLHEDORA**

Eu, _____,
brasileiro(a), portador(a) da Carteira de Identidade de n.º _____, órgão
emissor _____, inscrito(a) sob o CPF _____, estado civil
_____ residente e domiciliado(a) no endereço:

, CEP: _____, _____ - Paraíba, pelo
presente instrumento, declaro para todos os fins que estou ciente de que o serviço
que prestarei como família acolhedora é de caráter voluntário e espontâneo, não
gerando em quaisquer hipóteses vínculo empregatício ou profissional com o Governo
do Estado da Paraíba, não resultando em quaisquer direito adquirido, seja ele
trabalhista, previdenciário ou de qualquer outra natureza, nem indenizações em
desfavor do órgão ou entidade gestora/executora do Serviço de Acolhimento em
Família Acolhedora.

Local e data

Assinatura

SECRETARIA DE ESTADO DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

Avenida Presidente Epitácio Pessoa, 2501 – Bairro dos Estados, CEP 58030-002

João Pessoa/PB – Fone: (83) 3133-4066 | (83) 3133-4067

E-mail: gerenciaexecutivapse@sedh.pb.gov.br