**ANEXO II**

Em vermelho, orientações para o município

**CÓPIA DE ESCRITURA PÚBLICA DO IMÓVEL** (anexar PDF)

**OU**

**DECLARAÇÃO DE POSSE DO IMÓVEL**

(Para REFORMA E/OU AMPLIAÇÃO)

O Município de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, representado pelo Prefeito(a) Municipal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, DECLARA, para os devidos fins, sob as penas da lei, junto à Secretaria de Estado da Saúde – SESA, que, mesmo não existindo documento comprobatório de posse, detém a posse justa e de boa fé, posse essa, contínua e incontestável, do IMÓVEL situado no endereço \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ES, com área de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ m².

Local, Data

**Nome do (a) Prefeito (a)/assinatura**

Prefeito(a) Municipal de (nome do município)