

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, _____,
portador do documento de identidade nº. _____, órgão expedidor
_____, e CPF nº _____, nacionalidade
_____, telefone(DDD e nº) _____, celular
(DDD e nº) _____, **declaro sob as penas da Lei 7.115/83 e para
os devidos fins junto à Unimed Santa Catarina, que resido no endereço**
_____, nº _____

complemento _____, bairro _____

cidade _____, estado _____ CEP _____

Declaro ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar nas sanções civis e criminais previstas na legislação vigente.

Local/ data _____, _____ de _____ de _____

Assinatura do Declarante