



COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
RUA DAS MISSÕES, 455 - BAIRRO PONTA AGUDA
FONE: (047) 3331-8500 FAX: (047) 3331-8570
SAC: 0800-6470026
CEP 89051-900 - BLUMENAU - SC

Declaração de Residência

Eu, *(nome completo)* _____,
(nacionalidade) _____, *(estado civil)* _____, inscrito no CPF sob o nº _____ e no RG sob o nº _____, declaro, para fins de comprovação de residência à **Unimed Blumenau - Cooperativa de Trabalho Médico**, que *(nome completo)* _____, *(nacionalidade)* _____, *(estado civil)* _____, inscrito no CPF sob o nº _____ e no RG sob o nº _____ reside no endereço _____, nº _____, bairro _____, cidade de _____/_____, CEP.: _____.

Desde já autorizo a verificação dos dados, ciente do art. 299 do Código Penal, sabendo que a omissão ou falsidade de informações resultará nas penalidades cabíveis.

Por ser a expressão da verdade, firmo o presente para efeitos legais.

(Cidade) _____, *(dia)* _____ de *(mês)* _____ de *(ano)* _____.

(Assinatura)

Testemunhas:

(Assinatura)
Nome:
CPF:

(Assinatura)
Nome:
CPF:

OBS.: A assinatura das testemunhas poderá ser substituída pelo reconhecimento da firma.