

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, _____
 , portador do documento de identidade nº. _____, e CPF nº
 _____, telefone () _____, celular ()
 _____, e-mail _____,
**declaro sob as penas da Lei 7.115/83 e para os devidos fins junto à Unimed
 Chapecó, 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