



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Na falta de documentos próprios, aptos a comprovarem residência e domicílio, eu, \_\_\_\_\_, nacionalidade \_\_\_\_\_, estado civil: \_\_\_\_\_, médico, Documento de identidade nº. \_\_\_\_\_, expedido por \_\_\_\_\_, CPF nº. \_\_\_\_\_, declaro, para todos os fins e a quem possa interessar, ser residente e domiciliado no seguinte endereço:

**Logradouro:** \_\_\_\_\_ **nº:** \_\_\_\_\_  
**Complemento:** \_\_\_\_\_ **Bairro:** \_\_\_\_\_  
**CEP:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Município:** \_\_\_\_\_ **UF:** \_\_\_\_\_

Em conformidade aos arts. 2º e 3º da Lei Federal nº. 7115 de 29 de agosto de 1983, declaro, ainda, estar ciente de que a inautenticidade das informações prestadas na presente poderá ensejar a aplicação das sanções cíveis, administrativas e penais previstas na legislação brasileira, inclusive aquelas referentes aos delitos de falsidade ideológica. Por ser verdade, assino esta declaração.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura