



CREMERS

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL



AUTARQUIA
FEDERAL

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Na falta de documentos próprios, aptos a comprovar residência e domicílio, eu, _____, nacionalidade _____, estado civil: _____, médico(a) Carteira de _____, nº _____, expedida por _____, CPF nº _____, **declaro**, para todos os fins e a quem possa interessar, **ser residente e domiciliado no seguinte endereço:**

Logradouro: _____

Número: _____ **Complemento:** _____

Bairro: _____ **CEP** _____

Município: _____ **UF:** _____.

Em conformidade aos arts. 2º e 3º da Lei Federal nº 7.115, de 29 de agosto de 1983, declaro, ainda, estar ciente de que a inautenticidade das informações prestadas na presente declaração poderá ensejar a aplicação das *sanções cíveis administrativas e penais* previstas na legislação brasileira, inclusive aqueles referentes ao delito de falsidade ideológica.

Por ser verdade, assino esta declaração.

_____ / ____ / ____
Local data

Assinatura