



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Na falta de documentos próprios, aptos a comprovarem 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: \_\_\_\_\_ nº: \_\_\_\_\_

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 aquelas referentes aos delitos de *falsidade ideológica*.

Por ser verdade, assino esta declaração.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

**Assinatura do (a) Médico (a)**