



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO MARANHÃO – CRM-MA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Na falta de documentos próprios, aptos a comprovarem residência e domicílio, eu, _____, nacionalidade _____, estado civil: _____, médico(a), Carteira de identidade, 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)

Caso não possua assinatura digital, imprima o documento e o assine com caneta.