



PREFEITURA MUNICIPAL DE Balsa Nova
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS E FRALDAS GERIÁTRICAS

Eu (terceiro), _____,
portador (a) do CPF _____ e RG _____, declaro que (nome do
solcitante) _____,
portador de CNS _____ e CPF _____ reside no endereço constante no
comprovante de residência apresentado, situado à rua _____
nº _____, bairro _____, complemento _____,
cidade _____, CEP _____,

Por ser verdade, dato e assino o presente documento, declarando estar ciente das informações aqui
prestadas.

Assinatura do Declarante

_____/_____/_____
Local e Data

*** Anexar comprovante de residência em nome de terceiro.**

Código Penal - Art. 299 -...Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.