

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

(paciente)

Eu, _____,

CNS _____ R.G: _____

Órgão expedidor _____ declaro, para devidos fins, que resido
na (logradouro e nº) _____

_____.

Bairro: _____ Complemento: _____

Cidade: _____ CEP _____

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

(assinatura do paciente)

Campo Grande-MS, ____/____/____.