



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (LEI 7.115)

_____ [Local], ____/____/____. [Data]

À

Unimed Fortaleza Cooperativa de Trabalho Médico Ltda.

Registo ANS nº 31.714-4

Assunto: Declaração de Residência

Prezados,

Eu, _____ [nome],
portador do RG nº _____ [RG], inscrito no CPF sob o nº
_____ [CPF] declaro, para os devidos fins, que sou
residente na _____

_____ [endereço]

e que por não possuir comprovante de residência em meu nome, apresento, em
anexo, o comprovante de residência em nome de _____

_____ [nome do titular da conta], que
possui todas as contas de consumo registradas em seu nome.

Dessa forma, fico responsável total e de forma irrestrita pela veracidade das
informações acima, sujeitando-me, em caso de falsidade, às sanções civis,
administrativas e/ou criminais previstas na legislação aplicável, conforme
disposto na **Lei 7.115, de 29/08/1983**.

Assinatura do Beneficiário Titular

Observação:

Anexar comprovante de residência atualizado (até 60 dias do vencimento): água, luz,
telefone fixo, IPTU.