

Saúde



BELÉM
P R E F E I T U R A

CAPITAL DA AMAZÔNIA

DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE DROGAS E MEDICAMENTOS

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, _____,

residente à _____

_____, Cidade _____ UF _____ CEP: _____ - _____,

CPF nº _____ RG nº _____ Órgão Exped. _____.

Declaro, a pedido do (a) interessado (a) e para fins de provas junto ao Departamento de Vigilância Sanitária do município de Belém, que o (a) Sr.(a) _____

_____ reside comigo.

Por ser verdade, dato e assino o presente documento, declarando estar ciente de que responderei criminalmente em caso de falsidade das informações aqui prestadas.

_____, _____/_____/_____.
Local Data

Assinatura do Declarante

(reconhecer em cartório ou assinar em plataforma eletrônica)

Observações:

1) Anexar Comprovante de Residência em nome do Declarante

Endereço: Avenida. Governador José Malcher, 2821 (1º andar) – **Bairro:** São Braz – **CEP:** 66090-100
e-mail: prescritores.devisabel@gmail.com – **Fone:** 3251-4219