



Complexo Hospitalar da UFC/Ebserh
Hospital Universitário Walter Cantídio
Unidade de Gerenciamento de Atividades de Residência Multiprofissional

MODELO DE DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, < _____>, portador (a) do RG nº < _____>, expedido em < _____>, pelo órgão expedidor < _____>, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº < _____>, DECLARO para os devidos fins de comprovação de residência, junto aos Hospitais Universitários da Universidade Federal do Ceará (UFC), sob as penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83), que sou residente e domiciliado(a) no endereço < _____>, do comprovante de (água, luz ou telefone) em anexo. Declaro ainda, estar ciente de que declaração falsa pode implicar em sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, in verbis:

“Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria 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 o fato juridicamente relevante. Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular”.

<Cidade> _____ <UF>, ____ de _____ de 2020.

NOME