



TOLEDO
PREFEITURA



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

DECLARAÇÃO

Eu _____,

CPF _____, declaro para os devidos fins que o(a) Sr(a)

CPF _____ reside no endereço, _____,

Nº _____, Bairro _____.

Sendo esta a expressão da verdade, firmo a presente e dou fé.

Assinatura

Toledo, _____ de _____ de 2021.