



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE
MINAS GERAIS

DECLARAÇÃO DE VIDA E
RESIDÊNCIA

(Nome completo do aposentado)

CPF nº _____, R G nº _____

MASP nº _____, telefone residencial para contato _____

na presença de _____
(Nome completo e CPF da 1ª testemunha)

(Nome completo e CPF da 2ª testemunha)

sob pena de responsabilização administrativa, civil e penal, declara que reside na: _____

(Nome da Rua/Avenida, nº e bairro)

(Cidade, unidade da federação, País e CEP)

(Dia, mês e ano)

Assinatura do aposentado ou representante legal (que deverá informar seu nome de forma legível e CPF)

Apenas a assinatura do aposentado deverá estar com firma registrada em cartório, não sendo admitido o reconhecimento da firma por semelhança.

Assinatura da 1ª testemunha

Assinatura da 2ª testemunha

CPF da 1ª testemunha

CPF da 2ª testemunha

SGPSO - Superintendência de Gestão de Pessoas e Saúde Ocupacional

DDSSO - Diretoria de Desenvolvimento do Servidor e Saúde Ocupacional