



Instituto Municipal de Seguridade Social do Servidor de Blumenau

(Anexo I)

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

Segurado(a) \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_ ( ) Aposentado ( ) Pensionista

Declara que reside no seguinte endereço:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Número/ Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Fone residencial: \_\_\_\_\_

Telefone celular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Blumenau, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

**Assinatura do segurado**