



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