

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins, que XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, portador(a) do CPF: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX RG: XXXXXXXX-XXXX/XX está regularmente matriculado(a) no “PROGRAMA RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA” promovida por esta instituição de ensino superior, com início de suas atividades de treinamento em serviço no dia 29 DE MARÇO DE 2021 com previsão para término em MARÇO/2023, vem solicitar abertura de Conta Corrente para recebimento de bolsa no valor aproximado de R$ 3.300,00 do Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional de Saúde Pró-Residência, cuja fonte pagadora é o Ministério da Educação.

Altamira, XX de XXXX de 2021.

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

ASSINATURA DA COORDENAÇÃO

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA - UFPA