



PROCESSO SELETIVO PÚBLICO DO HOSPITAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA PARA
MÉDICOS RESIDENTES/2023

AUTORIZAÇÃO DE ACESSO À DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL DO IMPOSTO DE RENDA PESSOA FÍSICA

Eu _____,
portador da Carteira de Identidade RG nº _____ e CPF nº
_____, residente e domiciliado na Rua _____
nº _____, Bairro _____, nesta cidade de _____,
aprovado no Processo Seletivo da Residência Médica 2023, para o cargo de
Médico Residente, autorizo, para fins de cumprimento da exigência contida no art.
13 da Lei 8.429, de 1992, e no art. 1º da Lei 8.730, de 1993, e enquanto sujeito ao
cumprimento das obrigações previstas nas Leis 8.429, de 1992, e 8.730, de 1993, o
Tribunal de Contas da União - TCU a ter acesso aos dados de Bens e Rendas
exigidos nas mencionadas Leis, das minhas Declarações de Ajuste Anual do
Imposto de Renda Pessoa Física e das respectivas retificações apresentadas à
Secretaria da Receita Federal do Brasil.

Santa Maria - RS, ____ de _____ de 2023.

Assinatura