



PROCESSO SELETIVO PÚBLICO DO HOSPITAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA PARA  
MÉDICOS RESIDENTES/2024

## 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  
 nº ,  
Bairro , na cidade de ,

aprovado no Processo Seletivo da Residência Médica 2024, 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 2024.

\_\_\_\_\_  
Assinatura