



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - UEPA**

**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE- CCBS**

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE**

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins, que XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, portador(a) do CPF: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX RG: XXXXXXXX-XXXX/XX está regularmente matriculado(a) no “PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE” promovida por esta instituição de ensino superior, com início de suas atividades de treinamento em serviço no dia 01 DE MARÇO DE 2021 com previsão para término em fevereiro/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 Saúde do Brasil (CNPJ – Fonte Pagadora – MS: 34.860.833/0001-44 )

Belém, XX de XXXX de 2021.

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

ASSINATURA DA COORDENAÇÃO

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE