



PROCESSO SELETIVO PÚBLICO DO HOSPITAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA PARA  
MÉDICOS RESIDENTES/2019

## 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 2019, 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 2019.

\_\_\_\_\_  
Assinatura