

ANEXO V

TERMO DE DECLARAÇÃO AUXÍLIO-MORADIA

Eu, _____,
RG nº _____ SSP/____, CPF nº _____, matrícula nº _____, devidamente matriculado
(a) no Programa de Residência Médica em _____, **DECLARO**, para os devidos fins, que me foi
ofertado **alojamento a título de auxílio-moradia in natura** pela **Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia**, o qual atende aos
devidos critérios de repouso, conservação e higiene, conforme previsão contida no art. 4º, §5º, inciso III da lei 6.932/81, com redação
dada pela lei nº 12.514/2011, oportunidade na qual **MANIFESTO** de forma livre, informada e inequívoca que (☐) **OPTO**/(☐) **NÃO**
OPTO pelo referido benefício.

DECLARO, ainda, estar ciente de que esta opção é pessoal, intransferível e vinculada às normas que regem o Programa de Residência Médica.

Aracaju, _____ de _____ de 20_____.

MÉDICO(A) RESIDENTE