



Santa Casa De Misericórdia De Goiânia  
Comissão De Residência Médica  
Rua Campinas N° 1.135 – Setor Americano Do Brasil  
CEP: 74.530 – 240 – Goiânia – GO

## SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GOIÂNIA

### COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

#### EDITAL Nº 2/2019

### PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GOIÂNIA-GO 2020

#### **DECLARAÇÃO PARA TRABALHADOR AUTÔNOMO (que trabalha por conta própria)**

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de identidade nº. \_\_\_\_\_ expedido por \_\_\_\_\_, declaro, para fins de comprovação junto ao Centro de Seleção da UFG, que exerço a(s) seguinte(s) atividade(s) relacionada(s) com o mercado informal de trabalho (sem carteira assinada):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
com rendimentos mensais de, aproximadamente, R\$ \_\_\_\_\_

Apresento, como suporte a veracidade das informações acima, duas testemunhas maiores de 18 anos, com os números de identidade, CPF e endereços completos.

#### **TESTEMUNHAS:**

**1.** Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ . Endereço completo, inclusive número do telefone próprio ou de recado: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

**2.** Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ . Endereço completo, inclusive número do telefone próprio ou de recado: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2019

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) candidato(a)