



DECLARAÇÃO

DECLARO, atendendo ao requerido pelo(a) interessado(a), que o(a) Dr.(a) **OSWALDO FELIPE LEMOS LEITE ORTIZ DA SILVA**, exerce as atividades de Médico(a) Residente de 1º e 2º anos (R.1 e R.2), junto ao Departamento de Ginecologia e Obstetrícia na área básica – **OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA** neste Hospital, no período de 01 de março de 2013 a 28 de fevereiro de 2015.

DECLARO, outrossim, que o(a) interessado(a) foi aceito(a) para exercer as atividades de Médico(a) Residente de 3º ano (R.3), junto ao Departamento acima referido na área básica – **OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA** neste Hospital, para o período de 01 de março de 2015 a 28 de fevereiro de 2016, e encontra-se em pleno exercício de suas atividades.

DECLARO, ainda, que o(a) interessado(a), no período acima, perceberá uma Bolsa de Estudos, cujo valor mensal é de R\$ 2.976,26 (dois mil, novecentos e setenta e seis reais e vinte e seis centavos), com desconto relativo a contribuição previdenciária (INSS) de 11%.

Ribeirão Preto, 09 de abril de 2015.

NILZA FACCIO PEREIRA DA SILVA
Chefe I da Seção de Residentes, Estag. e Internos