



DECLARAÇÃO

DECLARO, atendendo ao requerido pelo(a) interessado(a), que o(a) Dr.(a) **POLYANA RAPOSO FREIRE CALDAS**, exerceu as atividades de Médico(a) Residente de 1º ano (R.1), junto ao Departamento de Ginecologia e Obstetrícia na área básica – **OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA** neste Hospital, no período de 01 de março de 2015 a 28 de fevereiro de 2016.

DECLARO, outrossim, que o(a) interessado(a) foi aceito(a) para exercer as atividades de Médico(a) Residente de 2º ano (R.2), junto ao Departamento acima referido na área – **OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA** neste Hospital, para o período de 01 de março de 2016 a 28 de fevereiro de 2017, 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, 19 de julho de 2016.

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