



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ**  
**PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO**  
**COMISSÃO DE RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL**  
**EM SAÚDE E EM ÁREA PROFISSIONAL DE SAÚDE.**  
**PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE-CIRURGIA E**  
**TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILA-FACIAIS**  
*Campus Universitário Ministro Petrônio Portela, Bairro Ininga, Teresina, Piauí, CEP 64049-550.*  
**Telefones: 86 3237-2215**  
**E-mail: coremu@ufpi.edu.br**



## **ANEXO II - EDITAL 001/2014**

### **DECLARAÇÃO DE CONDIÇÕES FINANCEIRAS**

Eu, \_\_\_\_\_, Portador(a) do **RG**.

**CPF** \_\_\_\_\_, DECLARO que possuo condições financeiras de manter-me com recursos próprios durante o período de duração do programa de Residência em Área Profissional de Saúde: Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais, estando ciente de que o Programa requer **DEDICAÇÃO EXCLUSIVA**.

Teresina, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

---

**ASSINATURA DO CANDIDATO**