**SOLICITAÇÃO MENSAL DE PAGAMENTO DO AUXÍLIO MORADIA**  
*(Resolução nº 29/2011 – CUn/UFES)*

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS/UFES**  
**COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA – COREME**

**Nome do(a) residente:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**Programa de Residência Médica:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**Período da Residência:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (início e término)

**Mês de referência do auxílio:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ (mês/ano)

**Endereço do imóvel alugado:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Proprietário(a) do imóvel:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Declaro, para os devidos fins, que permaneço residindo no endereço acima citado, fora da Região Metropolitana da Grande Vitória, e que continuo atendendo aos critérios estabelecidos na Resolução nº 29/2011 do Conselho Universitário da UFES para recebimento do auxílio moradia.**

Anexo a este documento, apresento o comprovante de pagamento referente ao aluguel do imóvel relativo ao mês supracitado.

Solicito, assim, o pagamento do valor correspondente a **17% (dezessete por cento)** da bolsa de residência médica, a título de auxílio moradia.

**Vitória/ES, \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2025.**

**Assinatura do(a) Residente**  
Nome completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Assinatura |