**TERMO DE COMPROMISSO**

**PARA RECEBIMENTO DO AUXÍLIO MORADIA**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (NOME) RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matriculado no Programa de Residência Médica do CCS UFES sob nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ na área de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ comprometo-me a PROTOCOLAR no Setor de Protocolo Geral do HUCAM, até o 10º dia útil de cada mês, solicitação de pagamento do auxílio juntamente com **o comprovante** **do pagamento do aluguel do mês anterior** e que informarei imediatamente ao Coordenador do Programa sobre alteração relativamente à necessidade do referido auxílio.

Declaro, ainda, estar ciente de que, após esse prazo, poderei fazer a solicitação até o mês seguinte (dentro do prazo estabelecido – 5º dia útil).

Se o comprovante de pagamento do aluguel do mês anterior não for entregue nos prazos estabelecidos, perderei o direito ao valor do auxílio moradia a ele correspondente.

Vitória, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_.

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

NOME: