



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

A Comissão Nacional de Residência Médica, no uso de suas atribuições e de acordo com o Art. 3º da Lei 6.932 de 09.07.81.

RESOLVE:

Art. 1º- Estabelecer o contrato padrão de matrícula a ser adotado nas instituições que oferecem programas de Residência Médica (PRM):

NOME DA INSTITUIÇÃO MÉDICA ONDE SE REALIZA A RESIDÊNCIA: Faculdade de Medicina da UFG - Hospital das Clínicas, da UFG.

CGC: 01567601/0001-43.

FAVOR RUBRICAR EM TODAS AS FOLHAS DESTES CONTRATOS.

NOME DO RESIDENTE:.....

FILIAÇÃO: Pai:.....

Mãe:.....

ESTADO CIVIL: DATA DE NASCIMENTO:...../...../.....

NACIONALIDADE:..... NATURAL DE:.....

ENDEREÇO:.....

.....

.....

CEP:..... CIDADE:..... ESTADO:.....

TELEFONES RESIDENCIAL..... CELULAR.....

CONTA BANCARIA:..... BANCO:..... AGENCIA:.....

RG:..... UF:..... DATA DE EXPEDIÇÃO:...../...../.....

CPF:..... DATA DE EXPEDIÇÃO:...../...../.....

PIS/PASEP:.....

TÍTULO DE ELEITOR:..... ZONA:..... SEÇÃO:.....

E-MAIL:.....

Eu,, Médico, inscrito no Conselho Regional de Medicina do **Estado de Goiás** sob o número o protocolo de inscrição no CRM....., declara estar ciente dos termos de Convênio ou Contrato celebrado entre a pré-citada Organização médica e o Hospital das Clínicas da UFG, que lhe assegura o direito de realizar estágio de Residência Médica como bolsista, na área de, dentro das normas e disposições legais da Comissão Nacional de Residência Médica, a cujo cumprimento se obriga:

1. O presente Contrato Padrão de Matrícula terá a duração de Iniciando-se em/...../.....concluindo em/...../..... no Programa de Residência Médica de

2. Além do contido neste contrato padrão, o Médico Residente está adstrito às demais disposições normativas legais e regulamentares que disciplinam a Residência Médica.

3. O Presente termo não cria e não envolve nenhuma espécie de relação de emprego entre as partes.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA**

4. O(a) Médico Residente declara aceitar a Bolsa que neste ato lhe é conferida comprometendo-se a cumprir o disposto neste Instrumento, em todos os seus termos, cláusulas e condições. Inclusive, declarando conhecer e aceitar o Regulamento Interno desta Instituição e as normas da Comissão Nacional de Residência Médica – MEC, que acabo de receber.

5. E por estarem assim justos e contratados, estabelecem o foro da sede da Instituição como competentes para dirimir dúvidas que possam advir da interpretação e aplicação do presente contrato.

Goiânia,..... de..... de.....

.....
Assinatura do Médico Residente

.....
Instituição Médica



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

TERMO DE COMPROMISSO

Eu,.....médico (a), natural de,CRM nº....., **Estado de Goiás**, aprovado e classificado no Concurso de Residência Médica da Faculdade de Medicina da UFG, na especialidade de do Departamento de, assumo o compromisso de cumprir toda a programação exigida pela Residência Médica e seguir o regime de trabalho de 60 horas (sessenta) semanais, incluindo um plantão de 24 horas (vinte e quatro). Declaro, ainda, inteira submissão às condições estabelecidas no Edital deste Concurso, no que se refere ao pagamento da Bolsa estipulada.

Goiânia, de de

.....
Assinatura do Médico Residente

Visto:



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

RESPONDER O QUESTIONÁRIO CORRETAMENTE E COM LETRA LEGÍVEL

Nome do Residente:.....
Nome da mãe do Residente:.....
Nº do título de eleitor:..... Zona:..... Seção
de votação..... Data de expedição:.....
Nº da carteira de identidade:..... Órgão expedidor:..... UF:....
Data de emissão:...../...../.....
Endereço completo:.....
.....
.....
CEP:
CPF:
Conta Corrente: Agência: Banco:.....
Cidade:
Telefones (residência):..... Celular:.....
Pis-Pasep:

Início da Residência:/...../.....

Goiânia, de de

.....
Assinatura do Médico Residente