



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

FOTO 3X4

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 DESTE CONTRATO

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:.....

Onde cursou a graduação:,
no período de/...../..... a/...../.....

Onde cursou a Residência Médica:,
no período de/...../..... a/...../.....

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



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

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.

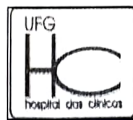
4. O(a) Médico Residente declara aceitar a Bolsa que neste ato lhe é conferida comprometendo-se a cumprir o disposto neste Instrumento, em todos os seus termos, cláusulas e condições. Inclusive, declarando conhecer e aceitar o Regulamento Interno desta Instituição e as normas da Comissão Nacional de 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
DEPARTAMENTO DO PESSOAL
COORDENAÇÃO FINANCEIRA DE PESSOAL

FORMULÁRIO DE CADASTRO DE RESIDENTES

ANEXAR XEROX (OBRIGATÓRIO): TUDO NA MESMA FOLHA

- CPF (somente a frente)
- RG, frente e verso (não pode ser CNH)
- Título de eleitor (somente a frente)
- Comprovante de Endereço com CEP ATUALIZADO (xerox somente onde consta o endereço)
- Cabeçalho superior do extrato bancário

RESPONDER O QUESTIONÁRIO CORRETAMENTE E COM LETRA LEGÍVEL

() Médico Residente (MRD) em _____

() Residência Multiprofissional (MRP) em _____

CPF: _____

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Estado Civil: _____

Nacionalidade: _____ UF nascimento: _____

Nome da mãe: _____

Cor/origem étnica: _____ Grupo Sanguíneo: ____ Fator Rh: () positivo () negativo

Pessoa com deficiência: () não () sim. Qual? _____

Qtde dependentes econômicos: _____ Data do primeiro emprego: ____/____/____

PIS / PASEP: _____

Título de eleitor: _____ zona: ____ seção: ____ Data expedição: _____

RG: _____ Órgão Expedição: _____ UF: _____ Data Emissão: ____/____/____

ENDEREÇO RESIDENCIAL:

Logradouro: _____

Numero: _____ Complemento: _____

Bairro: _____

Município: _____ UF: ____ CEP: _____

Telefone: DDD: ____ Número: _____

Celular: DDD: ____ Número: _____

E-mail pessoal: _____

DADOS BANCÁRIOS PARA DEPOSITO DO PAGAMENTO, bancos credenciados:

Caixa Econômica Federal,
Banco do Brasil,
Itaú,
Santander,
Bradesco,

Banco Cooperativo do Brasil (BANCOOP),
Banco do Estado do Rio Grande do Sul (BANRISUL),
Banco Cooperativo SICREDI (BANSICRED)
BRADESCO/HSBC

A CONTA deve ser do tipo SALÁRIO:

Banco: _____

Agência Nº: _____ Número Da Conta: _____

A residência inicia em: ____/____/____, concluindo em ____/____/____.

Local da residência: _____.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do Residente