



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 .....



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

**RESPOSTER 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: \_\_\_\_\_

Titulo 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: \_\_\_\_\_

Agencia Nº: \_\_\_\_\_ Número Da Conta: \_\_\_\_\_

A residência inicia em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, concludo em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Local da residência: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do Residente