



UNIVERSIDADE
FEDERAL
DE PERNAMBUCO

Campus
AGRESTE

10 ANOS
INTERIORIZAÇÃO



TERMO DE COMPROMISSO

Pelo presente TERMO, por mim assinado, eu

Identidade:

CPF:

assumo o compromisso com

Programa de Residência do Núcleo de Ciências da Vida - UFPE, ciente de que:

1. O prazo de vigência do Programa depende da área para qual fui selecionado (a);
2. Receberei uma bolsa de estudos mensal, de acordo com a linha de financiamento do programa a qual fui aprovado, com valor fixado pela Comissão Nacional de Residência Médica, enquanto estiver cumprindo o Programa de Residência ao qual proponho;
3. O Programa de Residência não implica em vínculo empregatício de qualquer natureza;
4. Ficarei sujeito a um período probatório de 30 (trinta) dias a contar da data do início de minhas atividades como Residente, durante o qual entregarei à COREME da Instituição, fotocópia da inscrição do Conselho Regional de minha profissão com jurisdição no Estado de Pernambuco.

COMPROMETO-ME A:

1. Realizar o Programa de RESIDÊNCIA MÉDICA em de acordo com as normas vigentes, do Regimento interno da COREME/NCV – CAA/UFPE, das Resoluções da Comissão Nacional de Residência Médica e da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco;
2. Não exercer atividades profissionais que incompatibilizem em termo de horário, com o programa de Residência;
3. Não ser beneficiário de bolsa de estudo, de qualquer natureza de outra Instituição Pública ou Privada durante a vigência do TERMO. Declaro desde já, não ser atualmente detentor de qualquer bolsa;
4. Cumprir o Regimento Interno do Programa, o Regimento da Unidade Sede, o Código de Ética profissional, as normas emitidas dos Departamentos e Serviços onde estiver realizando rodízio, bem como as normas emitidas pela Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde/SES e da Comissão Nacional de Residência Médica;
5. Devolver as quantias recebidas a títulos de bolsa, por não obediência aos itens deste TERMO, bem como recebimento indevido quando do afastamento do Programa após a assinatura deste instrumento.

Ciente, assino este TERMO, certo de que não cumprimento dos compromissos por mim assumidos implicará na minha exclusão do Programa de Residência do SUS/PE.

Caruaru, de de 2021.

ASSINATURA DO RESIDENTE