

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS UFG**  
**CNPJ: 01.567.601/0001-43**  
**CONTRATO DE MATRÍCULA**  
**Rubricar todas as folhas deste contrato**

**FOTO 3X4**

**NOME DO RESIDENTE:** \_\_\_\_\_

**FILIAÇÃO: Pai:** \_\_\_\_\_

**Mãe:** \_\_\_\_\_

**ESTADO CIVIL:** \_\_\_\_\_ **DATA DE NASCIMENTO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**NACIONALIDADE:** \_\_\_\_\_ **NATURAL DE:** \_\_\_\_\_ **ESTADO:** \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **CEP:** \_\_\_\_\_

**CIDADE:** \_\_\_\_\_ **ESTADO:** \_\_\_\_\_

**TELEFONES RESIDENCIAL. ( )** \_\_\_\_\_ **CELULAR. ( )** \_\_\_\_\_

**CONTA BANCARIA:** \_\_\_\_\_ **AGENCIA:** \_\_\_\_\_ **BANCO:** \_\_\_\_\_

**RG:** \_\_\_\_\_ **UF:** \_\_\_\_\_ **DATA DE EXPEDIÇÃO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**CPF:** \_\_\_\_\_ **DATA DE EXPEDIÇÃO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**PIS/PASEP ou NIT: N°** \_\_\_\_\_

**TÍTULO DE ELEITOR:** \_\_\_\_\_ **ZONA:** \_\_\_\_\_ **SEÇÃO:** \_\_\_\_\_

**E-MAIL:** \_\_\_\_\_

**Profissão (curso):** \_\_\_\_\_

**Onde cursou a graduação:** \_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_

**no período de** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **a** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Pós-graduação:** \_\_\_\_\_

**Onde cursou:** \_\_\_\_\_

**no período de** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **a** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_,

inscrito no Conselho \_\_\_\_\_ Estado de Goiás sob o número o protocolo de

**COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS**

inscrição nº \_\_\_\_\_, declaro estar ciente dos termos da autorização para funcionamento de Residência \_\_\_\_\_

da UFG emitida pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde sob o protocolo nº \_\_\_\_\_ que lhe assegura o direito de realizar estágio de Residência como bolsista na modalidade educação em serviço, dentro das normas e disposições legais da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e em área de Saúde, a cujo cumprimento se obriga:

1. O presente Contrato Padrão de Matrícula terá a duração de 24 meses. Iniciando-se em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Concluindo em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, no Programa de Residência \_\_\_\_\_, na área de concentração \_\_\_\_\_

2. Além do contido neste contrato padrão, o Residente está adstritas às demais disposições normativas legais e regulamentares que disciplinam a Residência Multiprofissional e em área de Saúde.

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

4. O(a) 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, o regimento da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde do HC/UFG e as normas nacionais da Residência Multiprofissional e em área de Saúde, descritas na Lei Federal 11.129 de 30 de Junho de 2005 e na portaria interministerial nº. 1.077 MEC/MS de 12 de Novembro de 2009.

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 Residente**

\_\_\_\_\_  
**COREMU**

## TERMO DE COMPROMISSO

Eu \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, (a),  
(profissão)  
natural de \_\_\_\_\_. Conselho \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, Estado de  
Goiás, aprovado e classificado no Concurso do **Programa de Residência Multiprofissional em  
Saúde do HC/UFG** de Área de Concentração.  
\_\_\_\_\_, assumo o compromisso de  
cumprir toda a programação exigida pela **Residência em Área Profissional de Saúde, com  
disponibilidade para o cumprimento de carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, em regime de  
dedicação exclusiva**, estando impedido de exercício de atividades remunerada pública ou privada,  
incluindo um plantão de 24 (vinte e quatro) horas caso seja estabelecido pelo preceptor. 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 Residente** (Legível)

Visto:

## FICHA DE CADASTRO PARA DEPARTAMENTO PESSOAL DA UFG

**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:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**CPF:** \_\_\_\_\_ **Data de emissão:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Endereço completo:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **CEP:** \_\_\_\_\_

**Conta Corrente:** \_\_\_\_\_ **Agência:** \_\_\_\_\_ **Banco:** \_\_\_\_\_

**Cidade:** \_\_\_\_\_

**Telefone Residencial.** ( ) \_\_\_\_\_ **Celular.** ( ) \_\_\_\_\_

**Pis-Pasep ou NIT nº** \_\_\_\_\_

**Profissão:** \_\_\_\_\_ **Conselho:** \_\_\_\_\_ **Nº** \_\_\_\_\_

**Área de Concentração:** \_\_\_\_\_

**Início da Residência:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Residente** (Legível)