# ANEXO I TERMO DE COMPROMISSO

Eu, (nome completo)

, graduado(a) em

inscrito(a) sob o n° , com protocolo de inscrição n°

no respectivo conselho de categoria, CPF n° , DECLARO estar ciente do termo de compromisso por mim celebrado com o Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar, como residente assumo a responsabilidade de cumprir o Programa de Residência em tempo integral e dedicação exclusiva, com carga horária total de 60 horas semanais, respeitando as disposições do Projeto Pedagógico e do Regimento Interno que o regem, e declaro ciência de que é vedado cursar outro programa de graduação ou pós-graduação, receber bolsa ou outra verba de caráter indenizatório por atividades profissionais ou possuir outro vínculo empregatício concomitantemente ao cursar o Programa, o que determinará o desligamento do Programa e imediato cancelamento da bolsa de Residência.

De acordo com o termo, assino.

|  |
| --- |
| Assinatura do residente |
| *Joao Pessoa, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2023.* |

# ANEXO II DECLARAÇÃO DE VÍNCULO

Eu, (nome completo)

, graduado(a) em

inscrito(a) sob o n° , com protocolo de inscrição n°

no respectivo conselho de categoria, CPF n° , DECLARO não estar vinculado a qualquer Programa de Doutorado, Mestrado, Residência, aprimoramento, aperfeiçoamento, especialização e graduação no ato da matrícula e durante a realização da residência.

|  |
| --- |
| Assinatura do residente |
| *Joao Pessoa, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2023.* |

ANEXO III - CONTRATO DE MATRÍCULA

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , inscrito no Conselho Regional de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sob o protocolo de inscrição nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro estar ciente das normas gerais e específicas da Universidade Federal da Paraíba, das normas administrativas do Hospital Universitário Lauro Wanderley e do Regimento Interno da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar RIMUSH.

A efetivação de matrícula dos profissionais de saúde residentes cria a expectativa do direito para receber uma remuneração mensal, a título Bolsa de Residência Multiprofissional em Saúde, a ser estipulada e financiada pelo Ministério da Saúde, a cujo cumprimento se obriga:

1. O presente Contrato Padrão de Matrícula terá a duração de 24 meses. Iniciando-se em 01/03/2023 e concluindo em 28/02/2025, no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar, na ênfase
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 RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE HOSPITALAR HULW/UFPB 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.

João Pessoa, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2023

Assinatura do Profissional Residente