

FORMULÁRIO DE MATRÍCULA – RESIDÊNCIA MÉDICA 2014.1

Residente: _____

Filiação: _____

Estado civil: _____ Data de nascimento: ____/____/____ Naturalidade: _____

RG: _____ CPF: _____ PIS/PASEP: _____

CRM: _____ Endereço: _____

Telefone fixo: _____ Celular: _____ E-mail: _____

Dependentes ou beneficiários legais: _____

conta corrente: _____, agência: _____, banco: _____, declaro estar ciente e de acordo com os termos desta matrícula realizada no Programa de Residência Médica da Universidade Federal do Ceará-UFC/Campus de Sobral/Santa Casa de Misericórdia de Sobral-SCMS, que lhe assegura o direito de realizar a citada residência como bolsista, no PRM _____, dentro das normas e resoluções estabelecidas pelas: Comissão Nacional de Residência Médica, pelo Edital de Seleção da Residência Médica, pelo Regimento Interno da Residência Médica da UFC/Campus de Sobral/SMCS e pelos Conselhos Regional e Federal de Medicina.

A presente matrícula terá validade prevista para duração do Programa, com início em ____/____/____ e término em ____/____/____.

Ao matricular-se o médico residente declara ter conhecimento e estar de pleno acordo com todas as normas estabelecidas pelas Instituições mencionadas acima e as disposições institucionais da Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Desde já declara estar de acordo que os casos omissos sejam julgados e resolvidos em primeira instância pela Comissão de Residência Médica da UFC/Campus de Sobral/SCMS (COREME), em segunda instância pela Comissão Estadual de Residência Médica (CEREME), e em última instância a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Fica eleito desde já o foro determinado pela UFC/Campus de Sobral/SCMS para esclarecer e julgar casos omissos, ficando desde já rejeitada a indicação de outros foros a que título e pretexto sejam. A presente matrícula não origina e não envolve nenhum vínculo empregatício entre as partes.

Sobral-CE, ____ de _____ de ____.

Responsável pela matrícula: _____

Assinatura do(a) residente: _____