

## TERMO DE RESPONSABILIDADE RESIDÊNCIA MÉDICA 2025

(O preenchimento do documento deverá ser, obrigatoriamente, **digitado** e somente depois impresso para assinatura)

Especialidade: R1

Nome:

Natura: Nacionalidade:

Data de Nascimento: Tipo Sanguíneo: Estado Civil:

RG: Data Expedição: UF: CPF:

NºPIS/NIT: CRM: Data Expedição: UF: CNS (SUS):

End: CEP:

Bairro: Cidade: Estado:

Fone fixo: Cel: E-mail:

FOTO 3X4



**Instituição onde cursou a Graduação:** Ano de Conclusão:

Instituição onde cursou o Pré – Requisito:

Ano de Conclusão:

### FILIAÇÃO

Mãe:

Pai:

### DADOS BANCÁRIOS (*inserir somente os dados que foram solicitados*)

#### Santander

Agência: Conta: |

#### Banco do Brasil

Agência: Conta: |

Declaro aceitar e respeitar o Regulamento da **Comissão de Residência Médica (COREME) do Centro Universitário FMABC** bem como o(s) regulamento(s) dos Serviço(s) onde ocorram os estágios durante a minha programação, observar o regime de tempo integral no exercício de minhas funções como médico residente e consequente impedimento do exercício de outras atividades no mesmo período.

Declaro ainda, estar ciente de que o não comparecimento às atividades normais do Programa de Residência Médica ao qual fui aprovado, no prazo estipulado no Regulamento da COREME, será considerado como desistência da vaga, liberando a Instituição a convocar o(a) candidato(a) classificado(a) na ordem subsequente.

| Santo André de de 2025 |

\_\_\_\_\_  
**Médico(a) Residente**

**Obs: Após preenchida, a ficha deverá ser impressa na opção FRENTE E VERSO**