



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA DO CHU-UFGA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

NOME COMPLETO: _____

CLASSIFICAÇÃO ÉTNICO – RACIAL (IBGE) PARDO PRETO BRANCO AMARELO INDÍGENA

NOME (ABREV.) PARA CRACHÁ: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ ESTADO CIVIL: _____ SEXO: F M

NATURAL DE (cidade): _____ UF: _____ PAÍS: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CEP: _____ CIDADE/UF: _____

FONE RESIDENCIAL: _____ CELULAR: _____

E-MAIL: _____

CRM: _____ UF: _____ DATA DE EXPEDIÇÃO: _____

VEÍCULO: _____ PLACA: _____

CATEGORIA DE ESTÁGIO: RESIDÊNCIA MÉDICA

ESPECIALIDADE:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ANESTESIOLOGIA | <input type="checkbox"/> GERIATRIA |
| <input type="checkbox"/> CIRURGIA DIGESTIVA | <input type="checkbox"/> INFECTOLOGIA |
| <input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL | <input type="checkbox"/> MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE |
| <input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA | <input type="checkbox"/> MEDICINA INTENSIVA ADULTO |
| <input type="checkbox"/> DERMATOLOGIA | <input type="checkbox"/> ONCOLOGIA CLÍNICA |
| <input type="checkbox"/> ENDOCRINOLOGIA | <input type="checkbox"/> PNEUMOLOGIA |
| <input type="checkbox"/> MEDICINA PALIATIVA | |

PERÍODO DA RESIDÊNCIA: ____/____/____ A ____/____/____

DIAS E HORÁRIOS: _____

SUPERVISOR RESPONSÁVEL: _____

Belém, ____ de ____ de ____

ASSINATURA DO RESIDENTE

AUTORIZAÇÃO DE ENTRADA RESIDENTE / GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA	
RESIDENTE	
DATA DE ENTRADA DE CRACHÁ	
DATA DE ENTREGA DO CRACHÁ	
VALIDADE ATÉ	

ASSINATURA GEP: _____



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSEH
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA DO CHU-UJBB
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

CONTRATO DE MATRÍCULA

Nome do Residente: _____

Estado Civil: _____ Data de Nascimento: _____ Sexo: _____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

Identidade nº: _____ Órgão Emissor: _____ CRM: _____

CPF nº: _____ Fone: _____ Celular: _____

Endereço: _____

Filiação: _____

NOME DO RESIDENTE

02. Médico (a) inscrito (a) sob o nº de inscrição no CRM _____ DECLARA estar ciente dos termos do CONTRATO celebrado entre o (a) pleiteado(a) e a CNRM, que lhe assegura o direito de realizar Curso de Residência Médica como bolsista, na área de _____ dentro das normas e disposições legais da Comissão Nacional de Residência Médica, a cujo cumprimento se obriga.

03. O presente CONTRATO terá a DURAÇÃO de _____ (_____) anos, iniciando-se em ____/____/____ e findando-se em ____/____/____.

04. O Médico Residente assume a responsabilidade de cumprir o PROGRAMA de seu curso em tempo integral, dentro da carga horária total exigida de 60 horas semanais, incluídas 24 horas de plantão, e a realizar os estágios, incluindo os estágios de interiorização, determinados pela Comissão de Residência Médica da Universidade Federal do Pará.

05. Além do contido neste CONTRATO, o médico residente está adstrito às demais disposições normativas legais e regulamentares que disciplinam a Residência Médica.

06. O presente termo não cria e não envolve nenhuma espécie de relação de emprego entre as partes.

07. O Médico Residente DECLARA aceitar a Bolsa que neste ano lhe é conferida, comprometendo-se a cumprir o disposto neste Instrumento, em todos os seus termos, cláusulas e condições, inclusive, declarando aceitar o Regulamento Interno desta Instituição e as normas da Comissão Nacional de Residência Médica.

08. O Médico Residente reconhece a aceita que os casos omissos serão resolvidos pela Comissão de Residência Médica da HUJBB/UJBB e em última instância pela Comissão Nacional de Residência Médica. E por estarem assim justas e contratadas, estabelecem o foro da sede da Instituição, como competente para dirimir dúvidas que possam advir da interpretação e aplicação do presente CONTRATO e o assinam em 2 (duas) vias de igual teor, na presença de testemunhas.

Belém, ____/____/____

(Pela Instituição)

(Médico Residente)



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSEH
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA DO CHU-UFP
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

FICHA DE ATUALIZAÇÃO DE REGISTROS FUNCIONAIS

(Preencher com letra de forma)

NOME: _____

CLASSIFICAÇÃO ÉTNICO – RACIAL (IBGE): PARDO PRETO BRANCO AMARELO INDÍGENA

MATRÍCULA: _____ CARGO: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ NATURALIDADE: _____

FILIAÇÃO: _____ e _____

SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____ TIPO SANGUÍNEO: _____

NACIONALIDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____

NOME DO CONJUGUE: _____

SE ESTRANGEIRO:

DATA DE CHEGADA: _____ PAÍS DE ORIGEM: _____

REGISTRO: _____ DATA DOU: _____

FILHO DE BRASILEIRO? SIM NÃO NACIONALIDADE DO CONJUGUE: _____

ENDEREÇO: _____

COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____ CEP: _____

CIDADE: _____ ESTADO: _____ TELEFONE: _____

CELULAR: _____ EMAIL: _____

ESCOLARIDADE:

CURSO DE GRADUAÇÃO: _____ INSTITUIÇÃO: _____

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA: _____

CPF: _____ PIS: _____

CART. DE IDENTIDADE: _____ ORGÃO EMISSOR/UF: _____ DATA EXPED: _____

CART. DE TRABALHO: _____ SÉRIE: _____ UF: _____ DATA EXPED: _____

TIT. ELEITOR: _____ ZONA: _____ SEÇÃO: _____ MUNICÍPIO/UF: _____

CERT. MILITAR: _____ CATEGORIA: _____ FORÇAS ARMADAS: _____

CART. DE CLASSE: _____ ORGÃO/UF: _____ DATA EXPED: _____

BANCO: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA CORRENTE: _____

ASSINATURA: _____