



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO UFPA – EBSERH
GERENCIA DE ENSINO E PESQUISA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL**

**FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL/UNIPROFISSIONAL
E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE**

NOME COMPLETO: _____

NOME (ABREV.) PARA CRACHÁ: _____

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

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

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

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CEP: _____

FONE RESIDENCIAL: _____ CELULAR: _____

E-MAIL: _____

CONSELHO DE CLASSE: _____ NÚMERO: _____ UF: _____

VEÍCULO: _____ PLACA: _____

CATEGORIA DE ESTÁGIO: RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE

ONCOLOGIA:

- ENFERMAGEM
- FARMÁCIA
- FISIOTERAPIA
- NUTRIÇÃO
- PSICOLOGIA
- SERVIÇO SOCIAL
- BIOMEDICINA

SAÚDE DO IDOSO:

- ENFERMAGEM
- FARMÁCIA
- FISIOTERAPIA
- NUTRIÇÃO
- PSICOLOGIA
- SERVIÇO SOCIAL
- TERAPIA OCUPACIONAL

ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO:

- ENFERMAGEM
- FARMÁCIA
- FISIOTERAPIA
- NUTRIÇÃO
- ODONTOLOGIA
- PSICOLOGIA

**ATENÇÃO INTEGRAL NO
SIS. PÚBLICO DE SAÚDE:**

- ENFERMAGEM
- SERVIÇO SOCIAL
- BIOMEDICINA
- ODONTOLOGIA

**CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA
BUCO-MAXILO-FACIAL:**

- ODONTOLOGIA

PATOLOGIA BUCAL:

- ENFERMAGEM
- SERVIÇO SOCIAL
- BIOMEDICINA
- ODONTOLOGIA

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

DIAS E HORÁRIOS: 60h semanais _____

SUPERVISOR RESPONSÁVEL: _____

Belém _____ de _____ de _____

ASSINATURA DO RESIDENTE



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO UFPA – EBSERH
GERENCIA DE ENSINO E PESQUISA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

TERMO DE COMPROMISSO

01. IDENTIFICAÇÃO

NOME DO RESIDENTE: _____

Estado civil: _____ Data do Nascimento: _____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

Endereço: _____

Fone (s): _____

Identidade nº: _____ Procedência: _____

CPF nº: _____ Filiação: _____

02. Formação _____ inscrito (a) sob o nº ou protocolo de inscrição no Conselho _____ DECLARA estar ciente dos termos do CONTRATO celebrado entre o (a) pleiteado (a) e a COREMU que lhe assegura o direito de realizar Curso de Residência Multiprofissional em Saúde como bolsista, na área de _____ dentro das normas e disposições legais da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, a cujo cumprimento se obriga.

03. O presente CONTRATO terá a DURAÇÃO de 36 (trinta e seis) meses, iniciando-se em ____/____/____ e findando-se em ____/____/____.

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

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

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

07. O 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 Multiprofissional em Saúde.

08. O Residente reconhece e aceita que os casos omissos serão resolvidos pela Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde-COREMU do HUIBB/UFPA e em última instância pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. 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)

(Residente)



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO UFPA – EBSERH
GERENCIA DE ENSINO E PESQUISA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL**

FICHA DE ATUALIZAÇÃO DE REGISTROS FUNCIONAIS
(Preencher com letra de forma)

NOME: _____

MATRICULA: _____ CARGO: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ NATURALIDADE: _____

FILIAÇÃO: _____ e _____

SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____ TIPO SANGUINEO: _____

NACIONALIDADE: _____ 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 MULTIPROFISSIONAL:

CPF: _____ PIS: _____

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

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

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

CERT. MILITAR: _____ CATEGORIA: _____ ARMA: _____

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

BANCO: _____ AGENCIA: _____ CONTA CORRENTE: _____

ASSINATURA: _____