# TERMO DE COMPROMISSO

|  |
| --- |
| **Documentos que devem ser encaminhados juntamente com este Termo** |
| Cópia do RG, CPF e PIS [ ] | Cópia dos dados Bancários [ ] | Comp. Residência [ ] |

**Tipo de concessão**: Nova [ x ] Renovação [ ] Substituição [ ]

**Forma de ingresso**: 1. Vagas abertas [ ]

Dados do Programa

|  |
| --- |
| Título: QUALIFICA SAÚDE – RESIDÊNCIA MÉDICA/ MULTIPROFISSIONAL |
| Coordenador a): BRUNO MENDES CARMONA | E-mail: cqualificasaude@uepa.br |  |
| Vigência: mês ( ) /ano ( x ) a mês ( ) / ano ( ) |

Eu, **,** CPF: ,

RG \_\_\_\_, residente e domiciliado \_\_\_\_\_\_\_ CEP:\_\_\_\_\_\_\_ , Banco: \_\_\_\_ **,** agência: \_\_\_\_\_ , Conta Corrente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comprometo- me, pelo presente, a exercer atividades constantes na Lei Estadual 9.319/2021 e Decreto Estadual 2.706/2022.

# DECLARO ESTAR CIENTE DE:

1. Que durante o exercício de minha função, e no cumprimento deste termo, receberei o valor de R$ 1500,00

**( hum mil e quinhentos reais)** mensal, custeados pelo Programa Qualifica Saúde.

1. Que devo conhecer as normas e procedimentos do programa/serviço o qual estarei inserido(a);
2. Que devo executar as atividades para o bom andamento do Programa Qualifica Saúde. , dedicando carga horária semanal de acordo com sua área de atuação;
3. Devo justificar previamente, as ausências às atividades a um membro da Coordenação;
4. Que devo ser assíduo, pontual, ético, proativo, manter e fazer com que se mantenha a disciplina, e ser eficiente nas atividades contidas, de acordo com sua área de atuação;
5. Este pagamento poderá ser suspenso por acordo entre as partes, por inadimplência nas obrigações ou ainda por conveniência administrativa da CONCEDENTE.

# ASSINATURA

Data:

Local:

|  |
| --- |
| **Aceite e concordância** |
| Coordenador do ProgramaBRUNO MENDES CARMONA |  |

|  |
| --- |
| **Aceite e concordância** |
| Coordenador(a) COREME ( ) COREMU ( ) |  |