



Universidade do Estado do Pará
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna – FPEHCGV
Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará – FSCMPA
Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência - HMUE
Hospital Ophir Loyola - HOL
Hospital Regional do Baixo Amazonas do Pará -HRBA- Santarém

TERMO DE COMPROMISSO DO RESIDENTE

Eu, _____, abaixo assinada(o), regularmente matriculado(a) no Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde da Universidade do Estado do Pará – UEPA no ano de 2024, estou ciente que ao assinar o presente termo de compromisso declaro não ter vínculo empregatício no momento e não terei durante o período de vigência da residência, bem como, estou ciente da dedicação exclusiva no programa pelo período de dois anos (Residência Multiprofissional) e três anos (Residência Uniprofissional) e que ocorrerão atividades aos finais de semana e feriados.

Belém, ____ de _____ de 2024.

NOME DO RESIDENTE