**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE**

**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO DESPORTO**

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SAÚDE DA FAMÍLIA COMUNIDADE**

**ANEXO I**

**REQUERIMENTO DE MATRÍCULA**

**I- Identificação:**

**Nome do(a) candidato(a)**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tipo sanguíneo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Identidade n°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PIS/PASEP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Banco \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Agência \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Conta corrente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone celular:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vem requerer matrícula no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família e Comunidade – Turma 2019. Para tanto, anexa a documentação solicitada:

**( )** Cópia autenticada do diploma de graduação, registrado pelo MEC;

**( )** Cópia de CPF e RG;

**( )** Cópia do Registro no Conselho de Classe

**( )** Cópia do título de eleitor e comprovante de participação no último processo eleitoral ou declaração original de quitação com as obrigações eleitorais emitida pela Justiça Eleitoral;

**( )** Cópia do Comprovante de quitação de serviço militar (para candidatos do sexo masculino);

**( )** Cópia do comprovante de residência;

**( )** Cópia do PIS/PASEP (quem possuir);

**( )** Declaração do candidato que não possui vínculo empregatício (ANEXO II);

**( )** Termo de Compromisso (ANEXO III);

**( )** Cópia de dados bancários (extrato ou cartão do banco onde constam: Banco, Agência e Conta corrente) para recebimento da bolsa de estudos.

Estando ciente das normas deste Programa, assina o presente requerimento.

Rio Branco/AC, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Residente



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE**

**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO DESPORTO**

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SAÚDE DA FAMÍLIA COMUNIDADE**

**ANEXO II**

**DECLARAÇÃO DE QUE NÃO POSSUI VÍNCULO EMPREGATÍCIO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins, de acordo com o que rege as normas do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família e Comunidade, que não possuo vínculo empregatício, estando, portanto, liberado(a) em tempo integral para as atividades que o curso requer, e portanto liberado para receber a bolsa mensal do MEC, como único vínculo de fonte pagadora.

Declaro que as informações contidas neste documento são verdadeiras e que o compromisso firmado neste documento será cumprido.

Rio Branco/AC, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Residente



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE**

**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO DESPORTO**

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SAÚDE DA FAMÍLIA COMUNIDADE**

**ANEXO III**

**TERMO DE COMPROMISSO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tendo conhecimento que o Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal do Acre, exige dedicação exclusiva e o cumprimento de 60 (sessenta) horas semanais, comprometo-me em me dedicar, em tempo integral, ao Programa.

Declaro que o compromisso firmado neste documento será cumprido.

Rio Branco/AC, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Residente