

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE**

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

**COMISSÃO DE RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS - ACRE**

**PROGRAMAS DE RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS E EM ÁREA DA SAÚDE**

**EDITAL PROPEG Nº 33/2021: ANEXO I**

**REQUERIMENTO DE MATRÍCULA CURRICULAR**

**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 Curricular no Programa de Residência Multiprofissional – Turma 2022. Para tanto, anexa a documentação solicitada:

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

( ) Cópia de CPF e RG;

( ) Cópia do Registro no Conselho de Classe ou cópia do protocolo de solicitação de registro profissional emitida pelo Conselho de Classe;

( ) Cópia do comprovante de residência ou Declaração de Endereço;

( ) Cópia do PIS/PASEP (se possuir);

( ) Declaração do candidato de 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 de Residência, assina o presente requerimento.

Rio Branco/AC, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021.

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

Assinatura do(a) Residente



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE**

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

**COMISSÃO DE RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS - ACRE**

**PROGRAMAS DE RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS E EM ÁREA DA SAÚDE**

**EDITAL PROPEG Nº 33/2021: ANEXO II**

**DECLARAÇÃO DE QUE NÃO POSSUI VÍNCULO EMPREGATÍCIO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins, de acordo com o que rege as normas dos Programas de Residências Multiprofissionais e em Área da Saúde, 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 2021.

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

Assinatura do(a) Residente



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE**

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

**COMISSÃO DE RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS - ACRE**

**PROGRAMAS DE RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS E EM ÁREA DA SAÚDE**

**EDITAL PROPEG Nº 33/2021: ANEXO III**

**TERMO DE COMPROMISSO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tendo conhecimento que os Programas de Residências Multiprofissionais da Universidade Federal do Acre, exigem dedicação exclusiva e o cumprimento de 60 (sessenta) horas semanais, comprometo-me em me dedicar, em tempo integral, ao Programa que fui aprovado.

Declaro que o compromisso firmado neste documento será cumprido.

Rio Branco/AC, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021.

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

Assinatura do(a) Residente