

**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 40/2023-A: ANEXO II**

**DECLARAÇÃO DE VERACIDADE**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de acordo com o que rege as normas dos Programas de Residências Multiprofissionais e em Área da Saúde, DECLARO, para fins de direito, sob as penas da Lei, que as informações e declarações que apresento para a 1ª e 2ª etapa de seleção deste processo seletivo, são verdadeiros e autênticos (fiéis à verdade e condizentes com a realidade).

Fico ciente por meio deste documento, que a falsidade dessa declaração configura crime previsto no art. 298 e 299 do Código Penal Brasileiro, passível de apuração na forma da Lei.

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

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

Assinatura do(a) Candidato



**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 40/2023-A: ANEXO III**

**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 \_\_\_\_\_\_\_.

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

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 40/2023-A: ANEXO IV**

**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 \_\_\_\_\_\_\_.

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

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 40/2023-A: ANEXO VI**

**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 2023. 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 III);

( ) Termo de Compromisso (Anexo I);

( ) 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 \_\_\_\_\_\_\_.

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

Assinatura do(a) Residente



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE**

**NÚCLEO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO**

**COORDENADORIA DE ADMISSÃO E MATRÍCULA**

**EDITAL PROPEG Nº 40/2023: ANEXO VII**

# REQUERIMENTO DE MATRÍCULA INSTITUCIONAL

Curso: Nº do Edital de Seleção:

### – INFORMAÇÕES PESSOAIS:

Nome Completo: Data de Nascimento: \_/ / Nacionalidade: Naturalidade: Sexo: : Estado Civil: Filliação:

Endereço Completo (com CEP):

Telefone: E-mail:

### – DOCUMENTOS

Documento de Identidade: Órgão Expedidor: CPF:

Título de Eleitor: Zona: Seção: Documento Militar (Nº do R.A.):

### – DADOS DE CONCLUSÃO DO ENSINO SUPERIOR

Instituição: Curso: Ano de Conclusão:

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

### Assinatura do(a) Candidato(a)

\* Este requerimento deverá ser impresso, assinado e digitalizado juntamente com os demais arquivos solicitados para matrícula institucional, e, por fim, enviado em arquivo único para o e-mail matricula@ufac.br.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE**

**NÚCLEO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO**

**COORDENADORIA DE ADMISSÃO E MATRÍCULA**

**EDITAL PROPEG Nº 40/2023: ANEXO VIII**

# TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, , portador do CPF nº , residente e domiciliado no endereço assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas nesta solicitação, e pela autenticidade das cópias dos documentos digitalizados entregues para fins de matrícula no Programa de Residência\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Edital de Seleção nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, da Universidade Federal do Acre.

Declaro ainda estar ciente que a falsidade nas informações prestadas implicará nas penalidades cabíveis, em âmbito civil, administrativo e penal.

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

### Assinatura do(a) Candidato(a)

\* Este Termo de Responsabilidade deverá ser impresso, assinado e digitalizado juntamente com os demais arquivos solicitados para matrícula institucional, e, por fim, enviado em arquivo único para o e-mail matricula@ufac.br.