

TERMO DE COMPROMISSO

Eu _____

RG _____ aprovado no concurso de residência médica no Hospital
Universitário Cajuru na especialidade _____

declaro para fins de matrícula no Programa de Residência Médica do Hospital
Universitário Cajuru que conclui o Curso de Medicina no ano de _____, e que
entregarei cópia autenticada do certificado de conclusão ou o Diploma de Médico e
cópia autenticada da carteira de identidade de médico emitida pelo Conselho
Regional de Medicina do Paraná (CRM/PR) até a data limite de 01/04/2025, sob
pena de suspensão das atividades da Residência Médica até o atendimento da
exigência.

Assumo o compromisso de:

- a) Obedecer ao código de ética médica
- b) Respeitar o regulamento do Hospital Universitário Cajuru
- c) Respeitar o regimento do corpo clínico do Hospital Universitário Cajuru
- d) Respeitar o regimento da residência médica
- e) Cumprir o programa da residência médica da especialidade
- f) Reconhecer que a ajuda financeira mensal é através de bolsa auxílio,
determinado pela CNRM
- g) Respeitar as normas e cumprir os regimentos do Grupo Marista

Curitiba,

Assinatura
