



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS  
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS – FIP  
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA – COREME  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

**TERMO DE COMPROMISSO**

RG \_\_\_\_\_ aprovado (a) no **Processo Seletivo de Residência Médica** da Prefeitura Municipal de Patos e Faculdades Integradas de Patos na **especialidade Medicina de Família e Comunidade** declaro para fins de matrícula no Programa de Residência Médica que concluí o Curso de Medicina no ano de \_\_\_\_\_, e que entregarei cópia autenticada do certificado de conclusão ou diploma de Médico e cópia autenticada da carteira de identidade de médico emitida pelo Conselho Regional de Medicina até a data limite de 15/3/2017, sob pena de suspensão das atividades da Residência Médica até o atendimento da exigência. Assumo o compromisso de: a) Obedecer o código de ética médica; b) Respeitar o regulamento dos cenários de prática; c) Respeitar o regimento da Residência Médica; d) Cumprir o programa da residência médica da especialidade MFC; e) Reconhecer que a ajuda financeira mensal é através de bolsa auxílio, determinado pela CNRM com a devida complementação sob responsabilidade do município; f) Respeitar as normas e cumprir os regimentos dos cenários de prática.

Patos/PB, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

**ASSINATURA**