TERMO DE COMPROMISSO

Eu_____

RG_____ aprovado no concurso de residência médica no Hospital Universitário Cajuru na especialidade_____ declaro para fins de matricula 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 01/04/2016, 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 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 auxilio, determinado pela CNRM
g) Respeitar as normas e cumprir os regimentos do Grupo Marista

Curitiba,
_____

_____
Assinatura