



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DE SAÚDE



## TERMO DE COMPROMISSO

Eu, \_\_\_\_\_,  
CPF: \_\_\_\_\_ residente do Programa de Residência em Área Profissional de Saúde, em \_\_\_\_\_, subárea \_\_\_\_\_ comprometo-me a frequentar este curso em regime de dedicação exclusiva, cumprindo uma carga horária de 60 (sessenta) horas semanais durante o período mínimo de 24 (vinte e quatro) meses (devidamente comprovada através da assinatura diária do ponto), de acordo com a Lei N° 11.129, de 30 de junho de 2005, e demais normas vigentes da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), da legislação específica da pós-graduação da UFPB, das diretrizes administrativas do Hospital Veterinário, e do regulamento do Programa em que sou residente. Desta forma, declaro que estou ciente da dedicação exclusiva exigida no programa e que poderão ocorrer atividades noturnas, aos finais de semana e feriados para o cumprimento da carga horária exigida, atendendo o que preconiza a Lei N° 11.129, de 30 de junho de 2005, bem como, as Resoluções 03 e 04 de 2016 do CONSEPE/UFPB.

Areia, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do(a) residente