



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE VETERINÁRIA**

Termo de Compromisso

Declaro, para os devidos fins, que eu, _____,
natural de _____, residente e domiciliado(a) na
(Av., Rua) _____,
Nº/Apto _____, CPF Nº _____,
CRMV, nº _____, selecionado ao Programa de Residência em Área Profissional da
Saúde em Saúde Animal e Coletiva:
_____, na Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, tenho ciência das obrigações inerentes à qualidade de profissional-residente
e, nesse sentido, COMPROMETO-ME, a respeitar as seguintes cláusulas:

I. dedicação exclusiva e integral às atividades do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde em Saúde Animal e Coletiva: _____, cumprindo a carga-horária de 60 horas semanais;

II. seguir e respeitar o regimento da UFRGS e do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde em Saúde Animal e Coletiva;

III. comprovar desempenho acadêmico e profissional satisfatório, consoante as normas definidas pelos proponentes Ministério da Educação, Ministério da Saúde e Universidade Federal do Rio Grande do Sul junto aos cenários de práticas indicados pelo Programa;

IV. não possuir vínculo empregatício e estar liberado das atividades profissionais sem percepção de vencimentos;

V. não se encontrar com vínculo acadêmico ativo em Programa de Pós-Graduação (*Lato* ou *Stricto Sensu*) ou Graduação;

VI. não acumular a percepção da bolsa com qualquer modalidade de auxílio ou bolsa de agências de fomento público nacional ou proveniente de programas de residência médica ou em área profissional da saúde (uni ou multiprofissionais);

A inobservância dos requisitos citados e/ou se praticada qualquer fraude pelo bolsista, implicarão cancelamento da bolsa, com restituição integral e imediata dos recursos, de

acordo com os índices previstos em lei competente, acarretando ainda, a impossibilidade de receber benefícios por parte do Ministério da Educação, Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Fundação de Apoio à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelo período de cinco anos, contados do conhecimento do fato.

Assinatura do(a) bolsista:

Local e data: