**TERMO DE COMPROMISSO**

Eu,      , médico (a), portador (a) do CPF nº    .   .   -  , comprometo-me a participar da Residência Médica da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), na especialidade de **Cirurgia Geral1**, em tempo integral, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, declarando que não assumirei nenhum vínculo empregatício enquanto estiver cursando as atividades do programa.

Macapá,    de       de     .

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Residente ou Procurador