



Governo do Estado de São Paulo
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Gabinete do Superintendente

TERMO

ANEXO I – TERMO DE ADESÃO E COMPROMISSO

NOME:

RG:

CPF:

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA VINCULADO:

ANO DA RESIDÊNCIA:

ENDEREÇO ATUAL COMPLETO:

E-MAIL:

DECLARO, sob pena das sanções cabíveis, ter interesse em aderir ao programa de moradias disponibilizadas pelo **HCFMRP-USP** aos Médicos Residentes. Declaro, ainda, que:

1. Tenho ciência de que as regras fixadas na PORTARIA HCRP nº 160/2023 - integram este **TERMO DE ADESÃO E COMPROMISSO**, como se nele estivessem escritas e para as quais expresse minha concordância;

2. Pelo presente **TERMO DE ADESÃO E COMPROMISSO** estou aderindo integralmente ao programa de moradias disponibilizadas aos Médicos Residentes do **HCFMRP-USP** e às regras incidentes;

3. Em caso de desistência, comprometo-me a restituir os valores

decorrentes do rompimento antecipado do contrato entre o **HCFMRP-USP** e o ofertante da moradia, após a assinatura do **TERMO DE ADESÃO E COMPROMISSO** (caso exista algum tipo de multa ou sanção), em conta corrente indicada pelo **HCFMRP-USP**, no prazo de até 30 (trinta) dias;

4. Comprometo-me a ressarcir todos os danos e prejuízos causados em razão de eventual desistência do programa, ou ainda danos e prejuízos decorrentes de atos praticados enquanto perdurar a moradia concedida pelo **HCFMRP-USP**;

5. Tenho ciência de que a não reparação dos danos e prejuízos indicadas no item 4, ou a não devolução dos valores mencionados no item 3, imporão a minha inscrição no CADIN Estadual e possibilitarão a adoção de medidas voltadas à cobrança judicial dos valores apurados;

6. Tenho ciência de que eventuais faltas ou desvios de conduta no âmbito da moradia disponibilizada pelo **HCFMRP-USP** sujeitam o Médico Residente às sanções previstas na Portaria indicada no item 1.

Local e Data

Assinatura do candidato

(assinatura eletrônica)