 **TERMO DE COMPROMISSO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno(a) do \_\_\_ semestre do curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), firmo por meio deste termo o compromisso de realizar a XI Prova de Autoavaliação para Residência Médica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre na modalidade de treineiro.

A Faculdade de Medicina da UFRGS (FAMED-UFRGS), através da Diretora do curso de Medicina, Professora Lucia Maria Kliemann, se compromete em custear a inscrição dos alunos dos 10º e 11º semestres que apresentarem a documentação exigida¹ à FAMED-UFRGS até o dia 22/10/2021, de forma que o aluno não terá nenhum custo referente à inscrição e realização da prova.

Contudo, declaro-me ciente de que, uma vez inscrito voluntaria e espontaneamente no processo seletivo, o não comparecimento no dia da prova ou a não realização da prova, sem justificativa prévia plausível², implicará na minha obrigatoriedade em ressarcir à FAMED-UFRGS a quantia de R$150,00 (cento e cinquenta reais), através de recolhimento de GRU, até 15/12/2021.

**ADENDOS:**

1. O aluno deve realizar sua inscrição no Processo Seletivo de Residência Médica HCPA 2020, na **modalidade AUTOAVALIAÇÃO**, através da página da Fundação Médica do Rio Grande do Sul. Uma vez realizada a inscrição, o aluno deve providenciar o envio da documentação abaixo definida, para o e-mail **ensino@fundmed.org.br**até o dia 22/10/2021:
2. **FORMULÁRIO** gerado no momento da inscrição na página da Fundação Médica;
3. Este **termo de compromisso** devidamente assinado e digitalizado **Comprovante da entrega de 1Kg (um quilograma) de alimento não perecível,** nos termos do informativo.
4. A justificativa para o não comparecimento no dia da prova será considerada plausível mediante avaliação e julgamento de uma Comissão formada pela Diretora da FAMED-UFRGS, professora Lucia Maria Kliemann e pelos representantes das ATMs 2022/1 e 2022/2, Anderson Souza e Carlos Eduardo Filho.

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

 *Assinatura do aluno*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Fundação Médica
Documentação recebida por:*

*Data de recebimento: \_\_\_ / \_\_\_ / 2021*

Ciência do aluno em \_\_\_ / \_\_\_ / 2021