



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Escola de Enfermagem
Rua Gabriel Monteiro da Silva, nº 700 - Alfenas/MG - CEP 37130-001
Fone: (35) 3701-9262



TERMO DE COMPROMISSO

Eu, _____, RG nº _____, CPF nº: _____, Categoria Profissional _____, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL-MG, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas-MG e a Santa Casa de Alfenas-MG, selecionado (a) pelo Edital nº 17/2025, atesto a minha disponibilidade para participar em dedicação exclusiva ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Alfenas da UNIFAL- MG, a partir do dia 02/03/2026, pelo período de 24 (vinte e quatro) meses.

Alfenas _____ de _____ de 2026.

Assinatura do(a) Residente: _____