



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DA AMAZÔNIA – UFRA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA _____
COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA



TERMO DE CIÊNCIA E RECUSA DE CUMPRIMENTO DE REPOSIÇÃO DE CARGA HORÁRIA

Aos ____ dias do mês de _____ de _____, nas dependências da Coordenação do Programa de Residência/Serviços de Saúde _____ da Universidade Federal Rural da Amazônia (UFRA), compareceu a residente _____, matrícula nº _____, para ciência da programação de reposição de carga horária decorrente de afastamento previamente justificado mediante apresentação de atestado médico.

Nos termos da legislação aplicável às Residências em Área Profissional da Saúde, do Regulamento do Programa de Residência e do Regimento Interno da COREMU/UFRA, a residente foi cientificada de que a reposição da carga horária constitui obrigação acadêmica e assistencial indispensável ao cumprimento da carga horária mínima exigida para certificação, competindo à Coordenação do Programa definir sua programação, observadas as necessidades do serviço, do processo de ensino-aprendizagem e da rede de saúde conveniada.

Foi informada de que a reposição foi programada conforme segue:

Data: ____/____/____

Horário: _____

Local: _____

Preceptor(a)/Supervisor(a): _____

Após receber todos os esclarecimentos acerca da obrigatoriedade da reposição, das normas institucionais pertinentes e das consequências administrativas decorrentes do seu eventual descumprimento, a residente declarou recusar o cumprimento da reposição de carga horária na data, horário e local acima indicados.

A residente foi cientificada de que a presente recusa será registrada administrativamente pela Coordenação do Programa e poderá ser encaminhada à Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (COREMU), para conhecimento e adoção das providências cabíveis, quando necessário, observadas as normas institucionais vigentes e assegurados o contraditório e a ampla defesa.

O presente termo destina-se exclusivamente ao registro formal da ciência da residente quanto à programação da reposição e de sua manifestação de vontade, não constituindo, por si só, aplicação de penalidade disciplinar.

DECLARAÇÃO DA RESIDENTE

Declaro que fui cientificada da programação da reposição de carga horária e das consequências administrativas decorrentes do eventual não cumprimento da atividade programada.

Residente: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

CERTIFICAÇÃO DA COORDENAÇÃO DO PROGRAMA

Certifico que a residente acima identificada foi regularmente comunicada acerca da programação da reposição de carga horária, tendo recebido todas as orientações pertinentes e manifestado recusa em cumprir a atividade na data estabelecida.

Coordenador(a) do Programa de Residência

Nome: _____

SIAPE: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

EM CASO DE RECUSA DE ASSINATURA

Certificamos que a residente foi cientificada do inteiro teor deste Termo, porém recusou-se a assiná-lo, motivo pelo qual o presente registro é lavrado para fins administrativos.

Testemunha 1

Nome: _____

Cargo/Função: _____

Assinatura: _____

Testemunha 2

Nome: _____

Cargo/Função: _____

Assinatura: _____