



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 14/2024, 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 05/03/2024, pelo período de 24 (vinte e quatro) meses.

Alfenas \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

**Assinatura do(a) Residente:** \_\_\_\_\_