



# Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO - MEC  
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE- CNRMS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE

## TERMO DE COMPROMISSO INDIVIDUAL

Eu, \_\_\_\_\_, matriculado(a)  
no Programa de Residência Uniprofissional em Enfermagem Pediátrica da Faculdade de  
Ciências Médicas e da Saúde da PUC/SP, CPF nº \_\_\_\_\_, declaro que  
**não mantenho vínculo empregatício** e que não o terei durante a vigência da residência,  
01/03/2025 a 28/02/2027.

Estou ciente:

- de que mantereí dedicação exclusiva exigida pelo Programa, durante o período de **dois anos**, com **carga horária de 60 horas semanais** e que ocorrerão atividades aos  **finais de semana e/ou feriados**;
- do Regimento Interno da Instituição, do Regulamento da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) e do Projeto Pedagógico da Residência Uniprofissional em Enfermagem Pediátrica.

Sorocaba, .....de.....de .....

---

Assinatura do Residente