



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY  
RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DE SAÚDE:  
CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAIS**



## **TERMO DE COMPROMISSO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
Candidato(a) ao Programa de Residência em Área Profissional de Saúde:  
Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais – 2020 (CCS/UFPB),  
comprometo-me, caso seja selecionado(a), frequentar o curso em Regime de  
Dedicação Exclusiva, perfazendo 60 horas semanais durante os (trinta e seis)  
meses, de acordo com a Lei N°. 11.129, de 30 de junho de 2005.

João Pessoa, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato