

TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA

Eu, _____, médica residente do _____ ano do Programa de Residência Médica em _____,

CRM: _____, CPF: _____, declaro que li, compreendi e concordei com as normas e regras para licenciamento relativo à maternidade ou a adoção estabelecidas pela Comissão de Residência Médica (COREME) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), em acordo com a Pró-Reitoria de Pessoal (PR4) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Tais regras e normas me foram apresentadas, quando do meu ingresso na Residência, por meio do Regimento Interno da Residência Médica do HUCFF/UFRJ. Ademais, sei que elas estão publicizadas e atualizadas no site <https://www.residencia.ufrj.br/>.

Estou, portanto, ciente que é de minha inteira responsabilidade realizar o requerimento do benefício relativo a licença maternidade diretamente no INSS. Após o qual, devo comunicar meu afastamento, em até 7 dias úteis, com apresentação da Certidão de Nascimento e documentação do INSS, à Secretaria da Residência Médica do HUCFF.

Compreendo que, conforme a data do mês na qual a Secretaria da Residência Médica é informada do início da Licença Maternidade/Adoção, é possível que a folha de pagamento da PR4 já tenha sido encerrada. Neste caso, poderei receber, equivocadamente, algum montante da bolsa em concomitância com o salário-maternidade, o que gerará, no futuro, o recebimento de uma Guia de Recolhimento da União. Assim ocorrendo, me comprometo com o ressarcimento ao erário.

Ademais, declaro que concordo que posso solicitar à COREME do HUCFF uma prorrogação de até 60 dias de licença maternidade. Para tal devo encaminhar, no máximo 1 meses após o nascimento, para residencia@hucff.ufrj.br uma solicitação de prorrogação “de próprio punho”, um atestado médico, com assinatura digital, justificando sua necessidade e uma declaração de que concordo que ao final do prazo previsto inicialmente para o fim do meu Programa de Residência Médica irei, obrigatória e integralmente, repor esses 180 dias.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 202 .

(Assinatura Digital)