**TERMO DE COMPROMISSO SOCIAL**

Através do presente instrumento de compromisso, eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_, Carteira de Identidade n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ órgão expedidor \_\_\_\_\_\_\_\_, Endereço\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefones para contato ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ comprometo-me, perante a Universidade Federal da Bahia – UFBA, enquanto responsável social, a prestar acompanhamento assistencial ao residente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ matrícula nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estudante do curso de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nas hipóteses em que venha a ser acometido(a) de doença, seja vítima de acidente ou se ocorrer outro evento que, mesmo temporariamente, o incapacite a continuar seus estudos nesta Universidade, executando o socorro emergencial inicialmente necessário.

Nos casos em que a Universidade, através dos seus órgãos ou prepostos, por culpa ou dolo que possam ser comprovados em processo administrativo ou judicial, tenha causado acidente, enfermidade ou incapacidade ao estudante-residente, a assistência médica será prestada pela rede pública de saúde, ou, se necessário e a critério da junta Médica da instituição, na rede privada, arcando a mesma com o custeio e/ou reembolso das despesas.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Local e Data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Assinatura com firma reconhecida