



Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina – Gerência de Convênios
Av. Professor Alfredo Balena, nº. 190, Térreo, sala 081, Centro
Belo Horizonte/MG - CEP 30130-100
(31) 3409-9693 convenios@medicina.ufmg.br

Ficha de Cadastro para municípios participantes do Internato Rural

Nome do Município			
O Convênio será celebrado com <input type="checkbox"/> Prefeitura Municipal <input type="checkbox"/> Fundo Municipal de Saúde			
Dados da Prefeitura Municipal			CNPJ
Endereço			
Rua/Avenida/Praça	Nº.	Bairro	CEP
Representante Legal			
Prefeito (a)		CPF	Identidade
Contatos			
Telefone 1 (com DDD)	Telefone 2 (se houver)		Celular
E-mail principal		E-mail alternativo (se houver)	
Dados da Secretaria Municipal de Saúde/FMS		CNPJ (obrigatório quando o Convênio for celebrado com o FMS)	
Secretário(a) Municipal de Saúde/Gestor FMS		CPF	Identidade
Endereço			
Rua/Avenida/Praça	Nº.	Bairro	CEP
Telefone 1 (com DDD)	Telefone 2 (se houver)		Celular
E-mail principal		E-mail alternativo (se houver)	
Número da Dotação Orçamentária			
Obs.: Deverá ser informada somente a Dotação Orçamentária relativa a transferência de recursos financeiros à UFMG/Fundep (Pagamento de Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica).			
Médico do quadro de saúde do município responsável pela supervisão dos alunos			
Nome			CRM
Responsável pelo acompanhamento do Convênio no município			
Nome			Telefone (com DDD)
Cargo/Função		Órgão/Setor	
Responsável pelo preenchimento das informações			
Nome			Telefone (com DDD)
Cargo/Função		Órgão/Setor	