

## ANEXO I

### "TERMO DE COMPROMISSO DE SOLICITAÇÃO DE CENÁRIO DE PRÁTICA PARA RESIDENTES EM SAÚDE" – Instituições Hospitalares

I- O presente Termo de Compromisso, estabelecido entre as Instituições:

\_\_\_\_\_

(Nome completo da Instituição Solicitante)

e a Unidade de Saúde doravante considerada como compromissada:

\_\_\_\_\_

(Nome completo da Instituição Compromissada)

sob a responsabilidade do PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA:

\_\_\_\_\_

(Nome COMPLETO E LEGÍVEL do responsável que receberá o residente)

do PROGRAMA DE RESIDÊNCIA \_\_\_\_\_

para realização do MÓDULO DE CENÁRIO DE PRÁTICA EM \_\_\_\_\_

O residente devidamente registrado na Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) ou Comissão Nacional de Residência Multiprofissional ou Área Profissional da Saúde (CNRMS) \_\_\_\_\_

(Nome do residente)

\_\_\_\_\_

Número Conselho Regional SP

EMAIL - \_\_\_\_\_

1) Duração do Módulo: \_\_\_\_\_ - Período: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ a \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

2) Carga horária mensal: \_\_\_\_\_ hs

3) Justificativa do solicitado:

#### II. Concordância da Instituição Compromissada

O Módulo de Cenário de Prática de \_\_\_\_\_ do Programa de Residência \_\_\_\_\_ tem a concordância da Comissão de Residência \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Instituição Compromissada)

#### III. Regulamento:

- Este termo de compromisso deverá ser enviado à Comissão Municipal de Residências da SMS/G até 30 dias antes do início do Módulo.
- Formulário de avaliação do Módulo deverá ser enviado ao à Comissão Municipal de Residências da SMS/G até 30 dias após o final do módulo de cenário de prática.
- O presente termo não estabelece vínculos empregatícios com as Instituições envolvidas e não implica em ônus para qualquer das partes.

#### IV. Compromisso:

Dando fê às informações prestadas e comprometendo-se a aceitar o regulamento do presente Termo de Compromisso, firmam este documento as partes interessadas (duas vias).

#### V. Da Instituição Solicitante