

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

a) Nome do legível do Coordenador da COREME da Instituição Solicitante

(assinatura e carimbo do solicitante)

b) Nome legível do Coordenador do Programa de Residência:

(assinatura e carimbo do solicitante)

c) Nome Legível do (a) Residente:

(assinatura e carimbo do Residente)

Data: ___/___/___

VI - Pela Instituição que receberá o (a) Residente

a) Nome legível do Coordenador da COREME da Instituição Hospitalar que receberá o (a) Residente

(assinatura e carimbo do solicitante)

b) Nome legível do Coordenador do Programa ou Responsável pelo Módulo (Preceptor):

(assinatura e carimbo do Residente)

c) Concordância da Comissão Municipal de Residências da Secretaria Municipal da Saúde.

(assinatura e carimbo do Presidente)

Data: ___/___/___

ANEXO II

"TERMO DE COMPROMISSO DE SOLICITAÇÃO DE CENÁRIO DE PRÁTICA PARA RESIDENTES EM SAÚDE" – Unidade não Hospitalar

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

(Nome completo da Instituição Solicitante)

E a Unidade de Saúde de SMS, denominada compromissada.

(Nome completo da compromissada)

REGIONAL _____

Sob a responsabilidade do Coordenador do Programa ou Responsável pelo Módulo (Preceptor):

(Nome Legível e carimbo do responsável que receberá o residente)

para realização do MÓDULO DE CENÁRIO DE PRÁTICA EM _____
do PROGRAMA DE RESIDÊNCIA _____

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 do 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 do Supervisor da Unidade

(Instituição compromissada)

III. Regulamento:

d) Este termo de compromisso deverá ser enviado à Comissão Municipal de Residências da SMS/G até 30 dias anteriores ao início do Módulo de Cenário de Prática.

e) Formulário de avaliação do Módulo deverá ser enviado à Comissão Municipal de Residências da SMS/G até 30 dias após o final do Módulo de Cenário de Prática.

f) O presente termo não estabelece vínculos empregatícios com as Instituições envolvidas e não implica em ônus para qualquer das partes.

IV. Compromisso:

Dando fé às informações prestadas e comprometendo-se a aceitar o Regulamento do presente Termo de Compromisso, firmam este documento as partes interessadas.

V. Da Instituição Solicitante.

a) Nome legível do Coordenador do COREME da Instituição Solicitante

(Assinatura e carimbo do solicitante)

b) Nome legível do Coordenador do Programa de Residência:

(Assinatura e carimbo do Solicitante)

c) Nome legível do (a) Residente:

(Assinatura e carimbo do Residente)

Data: ___/___/___

VI - Pela Instituição que receberá o (a) Residente

a) Nome legível da Unidade não Hospitalar da SMS

b) Nome legível do Responsável pela Instituição do Módulo de Cenário de Prática:

(Assinatura e carimbo do responsável)

c) Concordância da Comissão Municipal de Residências da Secretaria Municipal da Saúde

(Assinatura e carimbo do Presidente)

Data: ___/___/___