

ANEXO II

"TERMO DE COMPROMISSO PARA A REALIZAÇÃO DE ESTÁGIOS OPCIONAIS DE RESIDENTES DENTRO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO"

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

(Nome completo da compromitente)

E a Unidade de Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, doravante considerada como compromissada: _____

(Nome completo da compromissada)

Sob a responsabilidade do Supervisor _____

(Nome do responsável que receberá o residente)

do Serviço de _____ para realização de estágio opcional do residente devidamente registrado na Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) ou Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRMS),

(Nome do residente)

1) Duração do estágio: _____ - Período: ___/___/___ a ___/___/___

2) Carga horária mensal: _____ hs

3) Justificativa do estágio solicitado:

II. Caracterização da Instituição Compromissada

(a ser preenchida pela Instituição interessada – Unidade de realização)

O Programa de Residência no período de _____ tem a concordância da Comissão de Residência _____

III. Regulamento:

- Este termo de compromisso deverá ser enviado ao Conselho de Ensino, COREME ou Comissão de Residência Multiprofissional até 30 dias anteriores ao início do estágio.
- Formulário de avaliação do estágio deverá ser enviado a Comissão de Residência até 30 dias após o final do estágio.
- 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 do solicitante: _____

(assinatura do solicitante)

b) Nome do (a) Residente: _____

(assinatura do Residente)

c) Nome do Supervisor do Programa de Residência:

(assinatura do Supervisor)

Data: ___/___/___

VI - Pela Instituição que receberá o (a) Residente

a) Nome do Responsável pelo Estágio:

(assinatura do responsável)

b) Nome do Supervisor do Programa de Residência ou Equivalente:

(assinatura do supervisor)

c) Concordância do Conselho de Ensino da Secretaria Municipal da Saúde

(assinatura do Presidente do Conselho de Ensino)

Data: ___/___/___

