

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 Residências _____

III. Regulamento:

- Este termo de compromisso deverá ser enviado à Comissão de Residências da Secretaria Municipal da Saúde e COREME ou Comissão de Residência Multiprofissional até 30 dias anteriores ao início do estágio.
- Formulário de avaliação do estágio deverá ser enviado à *Comissão de Residências da Secretaria Municipal da Saúde* 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 da Comissão de Residências da Secretaria Municipal da Saúde

(assinatura do Presidente)

Data: ___/___/___

ANEXO IV

Número de alunos por grupo de estágio segundo estabelecimento de saúde da administração direta, conveniados ou sob contrato de gestão, outubro 2009	
Coordenação da Atenção Básica*- CAB	
UBS com ou sem Estratégia Saúde da Família	Até 08 alunos por grupo
CAPS AD, adulto, infantil	Até 08 alunos por grupo
Ambulatórios, URSI	Até 08 alunos por grupo
DST/Aids	
SAE	Até 06 alunos
CTA	Até 04 alunos
Coordenação de Vigilância em Saúde - COVISA	
Centro de Controle de Zoonoses – CCZ	Até 06 alunos por grupo
Centro de Controle de Doenças – CCD	Até 06 alunos por grupo
Vigilância Alimentar	Até 06 alunos por grupo
Vigilância Ambiental	Até 06 alunos por grupo
HOSPITAIS	
Unidades Fechadas ou Críticas	
Centro Cirúrgico	Até 05 alunos por grupo
Centro Obstétrico	Até 05 alunos por grupo
Centro de Material de Esterilização	Até 05 alunos por grupo
Lactário	Até 05 alunos por grupo
Pronto-Socorro	Até 05 alunos por grupo
UTI adulto, infantil, neonatal	Até 05 alunos por grupo
Unidades de Internação**	
Clínica Médica	Até 10 alunos por grupo
Clínica Cirúrgica	Até 10 alunos por grupo
Maternidade	Até 10 alunos por grupo

*Não estão liberados estágios em AMA até a presente data, segundo definição da CAB.

** **Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM)** – em unidades críticas 04 alunos por grupo; Pronto-Socorro 05 alunos por grupo e demais unidades 08 alunos por grupo, Administração em Enfermagem 10 alunos por Setor, segundo definição do próprio Servidor. **SAMU – Base Fixa** até 02 alunos por grupo e **Ambulância** 01 aluno por grupo.