##### **Termo de Compromisso I - Estágio Interinstitucional (Longa Duração)*:*** refere-se a estágios de médicos residentes em fluxo contínuo com validade de 02 (dois) anos, firmado por meio de celebração de **CONVÊNIO INTERINSTITUCIONAL** entre Programas de Residência Médica da FMUSP e Programas de Residência Médica de outras Instituições. A celebração do estágio interinstitucional, deverá contar o número de residentes externos anual que farão rodízio e não isenta as partes do envio de cadastro individual de cada residente externo.

**Regulamento**

1. O presente **Termo de Compromisso**, normatiza a realização de estágios para médicos residentes entre a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Instituições nacionais que tenham Programas de Residência Médica devidamente credenciados junto à Comissão Nacional de Residência Médica.
2. Os estágios dos quais tratam este regulamento serão oferecidos conforme número de vagas disponíveis em cada Programa de Residência Médica por um período mínimo de 01 (um) mês e máximo de 03 (três) meses, devendo constar no Termo de Compromisso o número de residentes externos por ano.
3. As atividades previstas para os residentes externos em Programas de Residência Médica da FMUSP não poderão prejudicar, em nenhuma hipótese, as atividades práticas dos médicos residentes vinculados aos Programas da FMUSP e deverão ser exercidas sempre com supervisão dos responsáveis pelo programa.
4. O estágio deverá ser desenvolvido exclusivamente durante o período previsto e acordado, somente após aprovação da Comissão Executiva de Residência Médica - FMUSP (CoExRM-FMUSP).
5. A documentação necessária individual dos residentes externos para a viabilização dos estágios, deverá ser encaminhada para o Programa de Residência Médica onde o estágio ocorrerá com antecedência mínima de **60 dias** **antes do início do estágio**. Os Termos de Compromisso I já firmados poderão ser ratificados, modificados ou cancelados após acordo entre as partes, sempre por meio de comunicação por escrito e com antecedência mínima de 90 (noventa) dias.
6. Para os estágios onde se aplicam o **Termo de Compromisso I** - estágio Interinstitucional, o responsável pelo programa de residência médica deverá informar no termo, qual forma o residente externo terá **acesso ao sistema corporativo a saber: residente externo pleno (acessos a todos os sistemas corporativos do HCFMUSP), residente externo com acesso parcial (acesso a prontuários, discussão de caso, não sendo autorizado a prescrição médica) e residente externo sem acesso (sem acesso aos sistemas corporativos).**
7. Para os residentes externos com **acesso pleno** onde se aplicam **o Termo de Compromisso I**, a COREME a qual está vinculada ao Programa de Residência Médica de origem do médico residente, deverão providenciar a distribuição de carga horária, bem como informar ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) que o médico residente encontra-se estagiando em outra Instituição, identificando-a.
8. Para os estágios onde se aplicam o Termo de Compromisso I, conforme Normas do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), o médico residente com inscrição em Conselho Regional de Medicina de outro Estado poderá atuar em Programa de Residência Médica da FMUSP por um período máximo de 90 (noventa) dias.
9. A assinatura do Termo de Compromisso não implica, em nenhuma hipótese, no estabelecimento de vínculo empregatício do estagiário com a Instituição receptora.
10. **Documentos necessários, pela Instituição de origem:**
11. Termo de Compromisso;
12. Ficha de Cadastro;
13. Cópia de apólice de seguro para acidentes pessoais, vigente no período do estágio, quando este for de fora da grande São Paulo;
14. Declaração oficial de matrícula da Instituição em que o residente encontra-se matriculado, devendo constar o nº do credenciamento do programa;
15. Certificação digital nos moldes do programa onde o residente irá desenvolver suas atividades, se necessário;
16. Apresentação de informações sobre contrapartida de estágio, conforme solicitação, critério e interesse do Programa de Residência Médica.
17. Declaração de ciência assinada pelo residente externo que ratifique o conhecimento do tipo de acesso ao sistema corporativo da HCFMUSP a ele facultado.
18. **Documentos necessários – pelo Programa de Residência Médica da FMUSP que receberá o estagiário:**
19. Plano de estágio com descrição detalhada das atividades que serão exercidas pelos residentes externos, autorização específica caso o Programa venha a incluir procedimentos, atendimento, cirurgia, etc;
20. Declaração do supervisor do Programa que assegure a capacidade instalada da área para absorver o estágio e ainda que esse estágio não gere conflito com o Programa de residência médica da FMUSP.
21. Ata de reunião com prévia aprovação de pelo menos 50% dos residentes regularmente matriculados no Programa de Residência da FMUSP, ao qual o convênio será firmado, respeitando o nível em que o residente externo estará inserido

**Confecção de Crachá**

* Será cobrado taxa de confecção do crachá de acesso;
* Após as aprovações o residente estagiário receberá em seu e-mail com as devidas instruções para confecção do crachá;
* Não será permitido a entrada na Faculdade de Medicina e outros complexos sem o crachá.

1. O não cumprimento de um dos itens solicitados implicará na devolução do Termo de Compromisso para o Programa de Residência Médica.
2. Todos os residentes externos serão comunicados à Diretoria Clínica do HC-FMUSP e ao CREMESP para providências que couber.
3. O Termo de Compromisso **passa a vigorar após a ciência e aprovação da Comissão Executiva de Residência Médica (CoExRM-FMUSP).**

**Caracterização da Instituição de Origem**

1. **Instituição na qual o residente está matriculado (Instituição de Origem)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Razão Social:** |  | | | | | | | | |
| **Natureza da Instituição:** | | | Pública ( ) Privada ( ) Filantrópica ( ) Outros (especificar): | | | | | |  |
| **Nome do Programa de Residência Médica:** | | | | |  | | | | |
| **Nº do parecer de credenciamento junto à Comissão Nacional de Residência Médica:** | | | | | | | |  | |
| **Objetivos do estágio:** | |  | | | | | | | |
| **Duração dos estágios solicitados: (mínimo de 4 e máximo de 12 semanas):** | | | | | | |  | | |
| **Carga horária requisitada:** | | | |  | | | | | |
| **Sistema de rodízio solicitado: (nº de residentes por ano):** | | | | | |  | | | |

1. **Instituição na qual o residente irá estagiar (Instituição de Destino)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Razão Social:** | **FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FMUSP** | |
| **Nome do Programa de Residência Médica:** | |  |
| **O Supervisor do Programa de Residência Médica da FMUSP, manifesta-se que o residente estagiário em questão deverá acessar o seguinte Sistema Corporativo do complexo (descrição no Item VI):** | | |
| ( ) **RESIDENTE EXTERNO PLENO**  ( ) **RESIDENTE EXTERNO COM ACESSO PARCIAL**  ( ) **RESIDENTE EXTERNO** **SEM ACESSO** | | | |

**Compromisso**

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

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome, carimbo e assinatura.**  **Responsável pela Instituição solicitante** | | |
| Ciente, de acordo: |
|  |
| **Nome, carimbo e assinatura**  **Chefe do Departamento do PRM da FMUSP** | | |

**Nome, carimbo e assinatura**

**Supervisor(a) do Programa de Residência Médica da Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP**

**Para uso da COREME**

**APROVADO PELA CoExRM**

Sessão de \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_