**Term of Commitment III -** For Internships of FMUSP MEDICAL RESIDENTS in other Institutions, in the context of an interinstitutional agreement or by a specific agreement.

**Termo de Compromisso III** *-* Para Estágios de médicos residentes da FMUSP em outras Instituições, por meio de celebração de convênio interinstitucional ou acordo específico.

**Regulation**

**Regulamento**

1. Term of Commitment III, refers to **internships of medical residents of FMUSP** in other institutions.

O Termo de compromisso III, refere-se a estágios de médicos residentes da FMUSP em outras instituições, estabelecendo acordo mútuo entre as Instituições respectivamente informadas.

1. With the agreement of both parties, HCFMUSP clinical staff may develop supervisory activities at the other Institution.

Com a concordância de ambas as partes, docentes do complexo HCFMUSP poderão desenvolver atividades de supervisão na outra Instituição.

1. COREME should be informed in writing of the approval of the resident for an optional rotation by the accepting institution. COREME should receive a full copy of the terms of acceptance, detailing the full name of the resident, the internship period, the proposed program characteristics, its location, and a description of the foreseen benefits to the visiting resident, up to 60 days before the start of the external rotation.

A COREME deverá ser informada por escrito da celebração do presente termo, devendo-lhes ser encaminhada cópia na íntegra do mesmo, detalhando as características do programa onde pretende estagiar e esclarecendo os ganhos previstos ao seu aprendizado no período fora do seu programa original com até 60 dias antes do início do intercâmbio, bem como, nome completo do médico residente e período da realização do estágio.

1. The conclusion of the optional stage should include the **name of the resident of FMUSP** at the end and attach the requested documents.

A celebração do estágio opcional, deverá constar o nome do residente da FMUSP no termo e anexo os documentos solicitados

1. Term of Commitment III does not imply financial charges, other material obligations, or any other counterparts to the parties involved.

O Termo de Compromisso III não implica em ônus financeiros, nem em outras obrigações materiais, nem em quaisquer outras contrapartidas às partes envolvidas

1. Failure to comply with one of the requested items will result in the return of Term of Commitment III to the Medical Residency Program

O não cumprimento de um dos itens solicitados implicará na devolução do Termo de Compromisso III para o Programa de Residência Médica.

1. This Term of Commitment **becomes valid after its approval by the Executive Committee of the Medical Residency (CoExRM-FMUSP).**

Todo Termo de Compromisso passa a ter valor após a ciência e aprovação da Comissão Executiva de Residência Médica (CoExRM-FMUSP).

1. Each rotation will be notified to the HC-FMUSP Clinical Board and to CREMESP for appropriate actions, as per rule

Todo estágio será comunicado à Diretoria Clínica do HC-FMUSP e ao CREMESP para providências que couber, conforme regra.

1. **Required documents, by Institution of origin**

Documentos necessários, pela Instituição de origem:

1. Term of Commitment;

Termo de Compromisso;

1. Letter of acceptance from the Institution in which the FMUSP resident, will be doing an internship

Carta de aceite da Instituição em que o médico residente da FMUSP, irá estagiar;

1. The program of origin must provide the resident with frequency and evaluation forms to be completed by the institution of destination. The completed forms should be sent to COREME for filing in the resident’s medical records

O programa deverá fornecer ao residente, formulários de frequência e avaliação para preenchimento pela Instituição de destino. Estes formulários deverão ser encaminhados à COREME, para arquivamento no prontuário do médico residente

**Characterization of the Committed Institutions**

Caracterização das Instituições Compromissadas

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **III. a) Institution in which the resident is enrolled**  **Instituição na qual o residente origem (está matriculado)**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Name: FACULTY OF MEDICINE OF THE UNIVERSITY OF SÃO PAULO – FMUSP** | | **FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FMUSP** | | | | **Name of Medical Residency Program** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nome do Programa de Residência Médica: | | |  | | | **Name of Medical Residency Program Supervisor :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Nome do Supervisor do Programa de Residência Médica: | | | |  | | **Resident's name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Nome do Residente  **Internship Period (minimum of 4 and maximum of 12 weeks):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Período do Estágio (mínimo de 4 e máximo de 12 semanas) |  | | | | |

1. **Institution of destination (place of internship)**

Instituição de destino (local do estágio)

**Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Razão Social:

**Nature of Institution: ( ) Public ( ) Private ( ) Philanthropic ( ) Other (specify):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Natureza da Instituição: Pública Privada) Filantrópica Outros (especificar):

**Name of Medical Residency Program:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nome do Programa de Residência Médica

**Medical Residency Program Supervisor :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Responsável pelo Programa de Residência Médica

**Objectives of the requested stage:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Objetivos do estágio solicitado:**

**Profile of assisted patients:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Perfil de pacientes atendidos:**

**Geographical area of ​​coverage:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Área geográfica de abrangência**

**IV. Information about the Medical Residency Program in which the internship (destination) will be completed**

**IV. Informações do Programa de Residência Médica em que será realizado o estágio (destino)**

**For the coordinator(s), supervisor(s) a brief individual curriculum summary should be added showing their credentials and role in the Medical Residency Program**

**Para o(s) responsável(is), supervisores e/ou preceptores é necessário acrescentar, anexo, breve resumo curricular individual onde conste titulação e credenciais para sua atuação no Programa.**

**V. Commitment**

**V. Compromisso**

**By giving faith to the information provided and agreeing to accept the Regulation of this Term of Commitment, this document is signed by the interested parties**

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

Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Data

|  |  |
| --- | --- |
| **NAME, STAMP AND** **SIGNATURE OF THE SUPERVISOR OF THE ACCEPTING INSTITUTION**  Nome, carimbo e assinatura do Responsável pela Instituição em que o residente estagiará | |
|  | |
|  | |
| **SUPERVISOR OF THE MEDICAL** **PROGRAM OF THE UNIVERSITY OF SÃO PAULO - FMUSP RESIDENCY**  Supervisor(a) do Programa de Residência Médica da Universidade de São Paulo - FMUSP |

**NAME AND SIGNATURE OF THE RESIDENT**

Nome e assinatura do(a) médico(a) residente

ou chefe do departamento

**For use by COREME**

Para uso da COREME

**APPROVED BY CoExRM**

APROVADO PELA CoExRM

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

Session of

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

Signature: