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

**Regulamento**

1. O Termo de compromisso III, refere-se a estágios de **médicos residentes** **da FMUSP em outras instituições,** estabelecendoacordo mútuo entre as Instituições respectivamente informadas**.**
2. Com a concordância de ambas as partes, docentes do complexo HCFMUSP poderão desenvolver atividades de supervisão na outra Instituição.
3. 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.
4. A celebração do estágio opcional, deverá constar o nome do residente da FMUSP no termo e anexo os documentos solicitados.
5. O Termo de Compromisso III não implica em ônus financeiros, nem em outras obrigações materiais, nem em quaisquer outras contrapartidas às partes envolvidas.
6. O não cumprimento de um dos itens solicitados implicará na devolução do Termo de Compromisso III para o Programa de Residência Médica.
7. Todo Termo de Compromisso **passa a ter valor após a ciência e aprovação da Comissão Executiva de Residência Médica (CoExRM-FMUSP).**
8. Todo estágio será comunicado à Diretoria Clínica do HC-FMUSP e ao CREMESP para providências que couber, conforme regra.
9. **Documentos necessários, pela Instituição de origem:**
10. Termo de Compromisso;
11. Carta de aceite da Instituição em que o médico residente da FMUSP, irá estagiar;
12. 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

**Caracterização das Instituições Compromissadas**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **III. a) Instituição na qual o residente origem (está matriculado)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Razão Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FMUSP** |
| **Nome do Programa de Residência Médica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |
| **Nome do Supervisor do Programa de Residência Médica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |
| **Nome do Residente**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Período do Estágio (mínimo de 4 e máximo de 12 semanas): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |

 |

1. **Instituição de destino (local do estágio)**

|  |  |
| --- | --- |
| **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:** |  |
| **Responsável pelo Programa de Residência Médica:** |  |
| **Objetivos do estágio solicitado:** |  |
|  |  |
| **Perfil de pacientes atendidos:** |  |  |
| **Área geográfica de abrangência:** |  |  |

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

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. 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 do Responsável pela Instituição em que o residente estagiará** |
|  |
|  |
| **Supervisor(a) do Programa de Residência Médica da Universidade de São Paulo - FMUSP** |

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

 **ou chefe do departamento**

 **Para uso da COREME**

**APROVADO PELA CoExRM**

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

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