This Letter of Commitment, in accordance with section II regulation, establishes a mutual agreement between respectively informed institutions

**Termo de Compromisso II - Estágio Observacional (curta duração)**: refere-se a estágios de médicos residentes de forma ocasional, firmados por meio de Termo de Compromisso específico não havendo para esta modalidade necessidade de convênio interinstitucional.

**Regulation**

Regulamento

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

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

1. This Term of Commitment must be sent to COREME-FMUSP after completion and signature, at least 60 days before the beginning of the internship.

Este Termo de Compromisso II, deverá ser enviado a COREME-FMUSP devidamente preenchido e assinado, com antecedência mínima de 60 dias antes do início do estágio.

1. Failure to comply with the requested items will result in the return of this document to the Medical Residency Program

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

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

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

1. HCFMUSP Clinical Board and CREMESP will be notified of all visiting residents registered to optional rotations in Residency Programs with activities in HCFMUSP premises.

Todos os residentes externos serão comunicados à Diretoria Clínica do HCFMUSP e ao CREMESP para providências que couber.

1. The medical residency program supervisor must inform, the level of clearance the visiting resident will have to access the corporate system, namely: **full clearance** (access to all HCFMUSP systems), **partial clearance** (access to medical records, case discussions, without authorization to medical prescription) or, no **clearance**

Para os estágios onde se aplicam o Termo de Compromisso II - Estágio Observacional, 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**

1. **Documents required from the Institution of Origin**

**Documentos necessários, pela Instituição de Origem:**

1. Registration card of the visiting resident and 01 (one) photo 3x4

Ficha de cadastro do residente externo e 01 (uma) foto 3x4

1. Copy of a personal accident insurance policy with valid coverage for the rotation period (applies to terms signed with institutions outside of Greater São Paulo and to private institutions);

Cópia da apólice de seguro para acidentes pessoais, vigente no período do estágio, (aplica-se para ​termos firmados com instituições fora da grande São Paulo e para as Instituições privadas);

1. Official registration statement of the Institution in which the visiting resident is enrolled
2. Declaração oficial de matrícula da Instituição em que o residente se encontra matriculado.
3. **Documents required from the FMUSP Medical Residency Program that will receive the trainee**:

**Documentos necessários – pelo Programa de Residência Médica da FMUSP que receberá o estagiário:**

1. Internship plan with a detailed description of activities

Plano de estágio com descrição detalhada das atividades que serão exercidas pelos estagiários;

1. Statement signed by the visiting resident, which ratifies his/hers knowledge of the level of clearance he /she will be granted to access the HCFMUSP corporate system.

Declaração de ciência assinada pelo estagiário, a qual ratifique seu conhecimento pelo Termo II, o tipo de Acesso ao Sistema Corporativo da FMUSP e HCFMUSP.

**ID Card**

Confecção de Crachá

* The access badge will be charged

Será cobrado taxa de confecção do crachá de acesso;

* After rotation approval, the visiting resident will receive an e-mail with the appropriate instructions for printing the access badge

Após as aprovações o residente estagiário receberá em seu e-mail com as devidas instruções para confecção do crachá;

* The visiting resident will not be allowed to enter the Medical School and the HCFMUSP premises without the access badge

Não será permitido a entrada na Faculdade de Medicina e outros complexos sem o crachá.

**Characterization of the Institution of Origin**

Caracterização da Instituição de Origem

1. **Institution in which the visiting resident is registered (Institution of Origin)**

Instituição na qual o residente está matriculado (Instituição de Origem)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name of Institution**: | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Razão Social:  **Nature of Institution:** ( ) Public ( ) Private ( ) Philanthropic ( ) other (specify): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Natureza da Instituição: ( ) Pública ( ) Privada ( ) Filantrópica ( ) Outros (especificar):  **Address**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Endereço | | |  | |  |
|  |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name of Medical Residency Program:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Nome do Programa de Residência Médica | | |  | | | |
| **Full Name of Medical Residency Program Supervisor**  Nome completo do Responsável pelo Programa de Residência Médica | | | |  | | | |
| **Visiting Resident’s Full Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Nome completo do RESIDENTE | |  | | | | | |
| **Duration of the requested rotation: (minimum of 4 and maximum of 12 weeks):**  Duração dos estágios solicitados: (mínimo de 4 e máximo de 12 semanas) | | | | |  | | |
| **Period of Internship: \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_**  **Período do Estágio** | | | | | |  | |
| **Required working hours : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Carga horária requisitada** |  | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Objectives of the Internship:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Objetivos do Estágio:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

1. **Rotation Location Information**

**Informação do Local do Estágio (destino)**

**Institution of the Internship Location: FACULTY OF MEDICINE OF THE UNIVERSITY OF SÃO PAULO - FMUSP**

**Instituição do Local do Estágio: FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FMUSP**

**Program name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nome do Programa**

**Name of the Program Supervisor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nome do Supervisor do Programa**

for the optional rotation of the visiting resident Dr (a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**para realização de estágio opcional do médico residente Dr(a):**

|  |
| --- |
| The Supervisor of the Medical Residency Program of FMUSP, declares that the visiting resident should be granted access to the Corporate System of the HCFMUSP (description in Item VIII):  **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 VIII):** |
| ( ) **VISITING RESIDENT FULL CLEARANCE**  **RESIDENTE EXTERNO PLENO**  ( ) **VISITING RESIDENT PARTIAL CLEARANCE**  **RESIDENTE EXTERNO COM ACESSO PARCIAL**  ( ) **VISITING RESIDENT WITHOUT CLEARANCE**  **RESIDENTE EXTERNO SEM ACESSO** | |

**Commitment**

**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 MEDICAL RESIDENCY SUPERVISOR OF THE APPLICANT INSTITUTION**  **Nome, carimbo e assinatura do**  **Responsável pela Instituição solicitante** |  | **NAME, STAMP AND SIGNATURE OF THE SUPERVISOR (A) OF THE Medical Residency PROGRAM OF THE UNIVERSITY OF SÃO PAULO - FMUSP**  **Nome, carimbo e assinatura do Supervisor(a) do Programa de Residência Médica da Universidade de São Paulo - fmusp** |

|  |  |
| --- | --- |
| **NAME AND SIGNATURE OF THE visiting medical RESIDENT**  **Nome e assinatura do(a) Médico(a) Residente externo** |  |

**For use by COREME**

**Para uso da COREME**

**Control: nº\_\_\_­­­­­­\_\_\_\_\_\_**

**Controle: nº**

**APPROVED BY CoExRM**

**APROVADO PELA CoExRM**

Session of \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Sessão de

Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura: