**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.

**Regulamento**

1. O Termo de Compromisso não implica em ônus financeiros, nem em outras obrigações materiais, nem em quaisquer outras contrapartidas às partes envolvidas.
2. 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**.
3. O não cumprimento de um dos itens solicitados implicará na devolução do Termo de Compromisso para o Programa de Residência Médica.
4. Este Termo de Compromisso **passa a ter valor após a ciência e aprovação da Comissão Executiva de Residência Médica (CoExRM-FMUSP).**
5. Todos os residentes externos serão comunicados à Diretoria Clínica do HCFMUSP e ao CREMESP para providências que couber.
6. 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**
7. **Documentos necessários, pela Instituição de Origem:**
8. Ficha de cadastro do residente externo e 01 (uma) foto 3x4
9. 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);
10. Declaração oficial de matrícula da Instituição em que o residente se encontra matriculado, devendo constar o nº do credenciamento do programa;
11. **Documentos necessários – pelo Programa de Residência Médica da FMUSP que receberá o estagiário:**
12. Plano de estágio com descrição detalhada das atividades que serão exercidas pelos estagiários;
13. 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.

**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.

**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): |  |
| **Endereço:** |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome do Programa de Residência Médica:** | | |  | | | | |
| **Nº do parecer de credenciamento junto à Comissão Nacional de Residência Médica:** | | | | | |  | | |
| **Nome completo do Responsável pelo Programa de Residência Médica:** | | | |  | | | | |
| **Nome completo do RESIDENTE:** | |  | | | | | | |
| **Duração dos estágios solicitados: (mínimo de 4 e máximo de 12 semanas):** | | | | |  | | | |
| **Período do Estágio: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | |  | |
| **Carga horária requisitada:** |  | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Objetivos do Estágio:** |  |

1. **Informação do Local do Estágio (destino:**

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

**Nome do Programa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nome do Supervisor do Programa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** para **realização de estágio opcional do médico residente Dr(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ devidamente registrado na Comissão Nacional 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 VIII):** |
| ( ) **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 do**  **Responsável pela Instituição solicitante** |  | **Nome, carimbo e assinatura do**  **Supervisor(a) do Programa de**  **Residência Médica da Universidade de São Paulo - fmusp** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome e assinatura do(a) Médico(a) Residente externo** |  |
|  |  |

**Para uso da COREME**

**Controle: nº\_\_\_­­­­­­\_\_\_\_\_\_**

**APROVADO PELA CoExRM**

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

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