**Termo de Compromisso para a Realização de Estágio no HCFMRP-USP**

 **por Médicos Residentes vinculados a outras Instituições**

|  |
| --- |
| Nome do médico residente solicitante:       |
| CPF:       | RG:       | CRM (especificar o estado):       |
| Celular com DDD:      | Email:      |
| Endereço residencial:      |

|  |
| --- |
| Programa de Residência Médica de origem:       |
| Instituição do Programa de residência Médica de Origem:          |
| Número do parecer de credenciamento na CNRM:         |
| Endereço:           |
| Data de ingresso no PRM:       | Data prevista para conclusão do PRM:       |

|  |
| --- |
| Estágio/Serviço/Área do HCFMRPUSP pretendido:      |
| Programa de Residência Médica do HCFMFP-USP ao qual o estágio pleiteado se vincula:      |
| Data de início:       | Data de término:       | Duração (em semanas):       | Carga horaria semanal:       |
| Número da Apólice de Seguro/Seguradora:      |

*\* todos os itens acima são de preenchimento obrigatório*

1. O estágio optativo destina-se a médicos residentes vinculados a Programas de Residência Médica aprovados pela Comissão Nacional de Residência Médica.
2. O estágio optativo deve ser previsto pelo Programa de Residência Médica de origem.
3. As atividades previstas para o estágio optativo não comprometem as atividades programadas nos Programas de Residência Médica do HCFMRP-USP.
4. A instituição solicitante do estágio deverá providenciar seguros de acidentes pessoais em favor do residente.
5. A realização do estágio optativo não implica em ônus financeiros, nem em outras obrigações materiais, nem em quaisquer outras contrapartidas às partes envolvidas.
6. A solicitação de estágio deverá ser apresentada à COREME com antecedência mínima de 60 dias antes do início do estágio.
7. O período previsto para o estágio optativo será de no máximo 30 dias, sendo restrito a dois por ano a cada médico.
8. No momento de solicitação de estágio, o candidato deverá apresentar os seguintes documentos: a) currículo atualizado, b) comprovante de registro no Conselho Regional de Medicina, c) comprovação de contratação de seguro de acidentes pessoais deverá ser apresentada antes do início do estágio.
9. A avaliação do cumprimento do estágio optativo será baseada em assiduidade, pontualidade, domínio cognitivo de conteúdos, adequação atitudinal e conduta ética, e demonstração de habilidades e competências clínicas durante os estágios.
10. O residente deverá cumprir o programa, colaborando nos trabalhos técnicos, científicos e participar das atividades assistenciais, mediante autorização prévia da área, dentro de orientação pré-fixada e sob supervisão nominal de um docente ou médico assistente.
11. O Hospital das Clínicas não oferecerá refeições aos Médicos Residentes estagiários.
12. A instituição solicitante assume pelo presente toda responsabilidade atinente a eventuais prejuízos causados por erros cometidos pelos estagiários.
13. Ao final do estágio o médico residente externo deverá apresentar um relatório circunstanciado da sua estadia ao preceptor do estágio, que o enviará à COREME para ciência e finalização do processo.
14. Será fornecido declaração da realização do estágio, contendo carga horaria e a área em que foi desenvolvido o estágio.
15. O médico residente externo se compromete a seguir as mesmas normas firmadas pela COREME para os Programas de residência Médica do HCFMRP-USP.
16. O preenchimento deste Termo não assegura a aprovação da participação do estagiário em programas do HCFMRP-USP, que está condicionada à manifestação favorável do preceptor do programa e deliberação da COREME deste Hospital.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Médico Residente solicitante |  | Coordenador do Programa de Residência Médica de  (**preencher com o nome do programa de origem**)  |

**(preencher com o nome completo do solicitante e assinar acima)****(preencher com o nome completo do coordenador do programa de origem e assinar acima)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |   |
| Docente/ Médico Assistente/Preceptor responsável pelo estágio optativo no HCFMRP-USP |  | Coordenador do Programa de Residência Médica em  Oftalmologia do HCFMRP-USP |

|  |
| --- |
|   |
| Chefe do Departamento  do Departamento de Oftalmo. Otorrino. e CCP do HCFMRP-USP |

Autorização da COREME para realização do estágio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Profa. Dra. Cristina Marta Del Ben** |
| Coordenadora da Comissão de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo  |

Relatório final recebido em: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Finalização do processo em: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_