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

 **por Residentes de Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde**

|  |
| --- |
| Nome do residente solicitante:       |
| Área profissional      | Área de concentração do Programa de Residência      |
| CPF:       | RG:       |  No. Inscrição Conselho profissional (especificar o estado):       |
| Celular com DDD:      | E-mail:      |
| Endereço residencial:      |

 **DADOS DA INSTITUIÇÃO DE ORIGEM**

|  |
| --- |
| Programa de Residência Multiprofissional:       |
| Instituição do Programa de Residência Multiprofissional:           |
| Número do parecer de credenciamento na CNRMS:       | Área de concentração do Programa de Residência      |
| Nome do Coordenador do Programa: |
| Contato da Coordenação do Programa: NomeNomeNome |
| E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Telefone: ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Endereço da Instituição:            |
| Data de ingresso no Programa Residência:       | Data prevista para conclusão do PRM:       |

 **DADOS DO ESTÁGIO SOLICITADO**

|  |
| --- |
| Programa de Residência do HCFMFP-USP:      |
| Área de Concentração do Programa de Residência:      |
| Data de início:       | Data de término:       | Duração (em semanas):       | Carga horária semanal:       |
| Número da Apólice de Seguro/Seguradora (a ser preenchida após aprovação do estágio): |

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

1. O estágio optativo destina-se a residentes vinculados a Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde aprovados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em saúde.
2. O estágio optativo deve ser previsto pelo Programa de Residência de origem.
3. As atividades previstas para o estágio optativo não poderão comprometer as atividades programadas nos Programas de Residência do HCFMRP-USP.
4. O solicitante deverá providenciar seguros contra 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 COREMU do HCFMRP-USP (coremu@hcrp.usp.br) com antecedência mínima **de 90 dias antes do início do estágio**.
7. A instituição solicitante do estágio deverá notificar expressamente o HCFMRP-USP, com antecedência mínima de 30 dias, os motivos para transferência ou suspensão do estágio pleiteado.
8. O período previsto para o estágio optativo será de no máximo 30 dias, podendo ser dividido em dois estágios de 15 dias por ano, para cada residente.
9. **No momento de solicitação de estágio, o candidato deverá apresentar, além deste formulário, os seguintes documentos: a) currículo Lattes atualizado, b) comprovante de registro no Conselho Regional da sua profissão com quitação anual vigente.**

\* **comprovação de contratação de seguro contra acidentes pessoais** **deverá ser apresentada antes do início do estágio.**

1. A avaliação do cumprimento do estágio optativo será baseada em assiduidade, pontualidade, domínio cognitivo de conteúdo, adequação atitudinal e conduta ética, além de demonstração de habilidades e competências clínicas durante os estágios.
2. O residente deverá cumprir o programa, colaborando nos trabalhos técnicos, científicos, participar das atividades teóricas e práticas, mediante autorização prévia da área, dentro de orientação pré-fixada e sob supervisão nominal de um docente ou preceptor, conforme regulamento disciplinar dos Programas de Residência Multiprofissional do HCFMRP-USP.
3. O Hospital das Clínicas não oferecerá refeições aos Residentes estagiários.
4. Ao final do estágio, o residente externo deverá apresentar um relatório circunstanciado ao preceptor do estágio, que o enviará à COREMU para ciência e finalização do processo.
5. Será fornecida declaração da realização do estágio, contendo carga horária e a área em que foi desenvolvido o estágio.
6. O residente externo se compromete a seguir o regulamento da COREMU do HCFMRP-USP.
7. O preenchimento deste Termo não assegura a aprovação da participação do estagiário em programas do HCFMRP-USP, que está condicionada à manifestação favorável do Coordenador de área, do NDAE e da COREMU 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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **(preencher com o nome completo do solicitante e assinar acima)** |  | **(preencher com o nome completo do coordenador do programa de origem e assinar acima)** |
| Residente solicitante |  | Coordenador do Programa de Residência Multiprofissional de  (**preencher com o nome do programa de origem**)  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (preencher com o nome completo do tutor responsável pela área profissional que receberá o residente) |  | (preencher com o nome completo do Coordenador do Progama de Residência do HCFMRP-USP) |
| Tutor responsável pela área que receberá o estagiário |  | Coordenador do Programa de Residência do HCFMRP-USP que vai receber o estagiário |

|  |
| --- |
| Profa. Dra. Lilian Neto Aguiar Ricz |
| **PRESIDENTE DA COREMU DO HCFMRP-USP** |

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

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

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