

**TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO OPTATIVO  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE EMERGÊNCIA**

O presente Termo de Compromisso, firmado entre \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(nome e endereço da instituição que ofertará o estágio) e o Programa de Residência Médica em Medicina de Emergência, vinculado à Comissão de Residência Médica (COREME) da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Florianópolis, refere-se exclusivamente ao estágio optativo de residente nos termos abaixo estabelecidos.

**1. Nome do residente:** \_\_\_\_\_ **Ano de Residência :** \_\_\_\_\_

**2. Período do estágio:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**3. Carga horária semanal** (respeitar 48 horas de atividades práticas e 12 horas de atividades teóricas livres e/ou dirigidas) : \_\_\_\_\_

**4. Instituição/serviço que ofertará o estágio:** \_\_\_\_\_

**5. Natureza da instituição (pública, privada, filantrópica, etc.):** \_\_\_\_\_

**6. Justificativa do estágio solicitado:** \_\_\_\_\_

**7. Descrição das atividades:** \_\_\_\_\_

**8. Nome e formação do supervisor de estágio:** \_\_\_\_\_

**Prefeitura de Florianópolis/ Secretaria Municipal de Saúde**

Av. Professor Henrique da Silva Fontes, 6100 - Trindade, Florianópolis - SC, 88036-700

#### 9. Regulamento:

- O residente deverá desenvolver as atividades acordadas e obedecer às normas que regulamentam a instituição que ofertará o campo de estágio durante seu período de realização.
- O residente e o supervisor local de estágio se comprometem a preencher e registrar os documentos de comprovação de frequência e de avaliação do residente em estágio.
- A existência deste Termo de Compromisso não implica em ônus financeiro ou qualquer outro tipo de obrigação ou contrapartida às partes envolvidas.
- O presente Termo poderá ser modificado ou cancelado pelas partes, após prévia comunicação por escrito preferencialmente com antecedência mínima de 30 dias.
- A celebração deste Termo de Compromisso se consolida após o recebimento em seu inteiro teor, ciência e aprovação por parte da coordenação do Programa de Residência de Medicina de Emergência.

#### 10. Compromisso:

- Confirmando as informações prestadas e comprometendo-se a cumprir o Regulamento deste Termo de Compromisso, firmam este documento as partes interessadas.

#### 11. Assinatura da instituição que ofertará o campo de estágio:

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

---

Nome, carimbo e assinatura do responsável

#### 11. Assinatura do residente:

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

---

Nome, carimbo e assinatura do residente

#### 12. Assinatura da supervisão do Programa de Residência:

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

---

Nome, carimbo e assinatura do Supervisor do Programa

**Prefeitura de Florianópolis/ Secretaria Municipal de Saúde**

Av. Professor Henrique da Silva Fontes, 6100 - Trindade, Florianópolis - SC, 88036-700