



## ANEXO VI

### TERMO DE COMPROMISSO DE PRECEPTOR DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

#### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CADASTRO

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ NÍVEL DE PRECEPTORIA: \_\_\_\_\_

CARGA HORÁRIA SEMANAL: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA NO ESTADO: \_\_\_\_\_

01. Eu, \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, DECLARO estar ciente do termo de compromisso celebrado entre mim e o Programa de Residência, que me assegura o direito de realizar a preceptoría, dentro das normas e disposições legais da Comissão Nacional de Residência Médica e da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, a cujo cumprimento se obriga.

02. O presente termo terá duração enquanto houver meu desempenho na função de preceptoría no Programa de Residência ou terminar o prazo do contrato de bolsa ou deixar de atender as necessidades do Programa a partir de uma avaliação da coordenação do referido programa e do colegiado da COREME SES-PB.

03. Assumo a responsabilidade de supervisionar atividades realizadas pelos residentes nos serviços de saúde, realizar atividades teóricas e as demais atribuições, conforme disposto no Regulamento Interno e no Projeto Político Pedagógico do Programa.

04. Assumo ciência de que devo monitorar diariamente a frequência do (s) residente (s) sob minha responsabilidade e cumprir as demais orientações estabelecidas para registro de frequência dispostas no Regulamento Interno e pela Supervisão Programa e/ou COREME SES-PB.

05. Assumo a responsabilidade de comunicar à chefia imediata do serviço onde realizo a preceptoría, à supervisão do Programa e ao Núcleo de Residências em Saúde da ESP-PB situações de afastamento do residente por doença, gestação, reclamações, advertências ou qualquer outro motivo e quando identificado abandono pelo residente em até 48 horas após tomar ciência.

06. Assumo a responsabilidade de comunicar à chefia imediata à supervisão do Programa e ao Núcleo de Residências em Saúde da ESP-PB, em até 48 horas, caso deixe de desempenhar a função de preceptoría ou quaisquer situações que me impossibilite de receber a bolsa de preceptoría.

07. Além do contido neste termo, tenho ciência de que estou adstrito às demais disposições normativas legais e regulamentares que disciplinam os Programas de Residência.

08. Reconheço e aceito que os casos omissos serão resolvidos pela COREME da SES-PB e pela ESP-PB.

Estando de acordo com o termo.

João Pessoa, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Preceptor