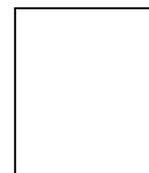




INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Centro de Estudos e Pesquisas

Rua Barão do rio Branco, 1816



TERMO DE OUTORGA DA BOLSA

OUTORGANTE: INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA – IJF, autarquia municipal de direito público interno com sede e foro jurídico nesta capital, na Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro, Inscrito no C.N.P.J. sob o número 07.835.044/0001-80

OUTORGADO			
Nome do Residente:			CRM
Filiação	Mãe:		
	Pai:		
Endereço:			
Comp. do endereço			Bairro:
CEP:		Cidade:	UF:
Fone Residencial:		Celular:	
e-mail:			
Data de Nascimento:		Naturalidade:	UF:
Identidade nº	Órgão Expedidor:	CPF:	
Certificado de Reservista nº			
Número de Identificação do Trabalhador – Nit nº			
Título de Eleitoral nº			Município
Nacionalidade:		Sexo:	Estado Civil:
Apólice de seguro nº		Vigência:	Empresa Seguradora:
INSTITUIÇÃO PROMOTORA (Qualificação) <i>Instituto Dr. José Frota</i>			
Modalidade RM:			Área/Especialidade:
Duração:	Início:	Término:	

CONDIÇÕES GERAIS PARA CONCESSÃO DA BOLSA

A OUTORGANTE, com respaldo legal nas disposições contidas na Lei nº 6.932/81, em consonância com os termos estabelecidos em credenciamento autorizado pela Comissão Nacional de Residência Médica, defere ao Outorgado uma bolsa na modalidade acima especificada, mediante as condições que seguem:

1. O direito de participar do Programa de Residência Médica na especialidade de CIRURGIA GERAL, neste hospital, dentro das normas e disposições legais da Comissão Nacional de Residência Médica.
2. A bolsa do que trata este termo, destina-se a subsidiar o OUTORGADO, para desenvolver atividades em regime especial de treinamento em serviço, com carga horária de 60(sessenta) horas semanais.

3. O presente Termo não corresponde a qualquer relação de emprego entre o OUTORGADO e OUTORGANTE, vez que não configura contrato de trabalho, nem objetiva pagamento de salário.
4. A concessão de um Certificado de Residência Médica, só será feita se o OUTORGADO completar, com aproveitamento suficiente, o programa de Residência, no qual está matriculado.
5. Esta Instituição Hospitalar responderá, perante a Coordenação da Residência Médica, pelo controle e Supervisão das atividades do OUTORGANDO, constantes do Programa de Residência Médica.

O OUTORGADO compromete-se a:

1. Cumprir o disposto neste instrumento, no Regulamento Interno desta Instituição Hospitalar, onde se desenvolverá o curso de Residência Médica, em todos os seus termos, cláusulas e condições.
2. Contribuir, como autônomo a Previdência Social, em virtude de recebimento da bolsa para treinamento em serviço, como dispõe o 2º do art. 4º da Lei nº 6.932, de 07.07.81.
3. Contratar em favor de si mesmo seguro de acidentes pessoais estabelecendo a vigência do seguro e a empresa contratada.
4. Aceitar que poderá ser desligado da Residência Médica, em qualquer época e ter sua bolsa de estudo cancelada pela Instituição, caso não cumpra os dispostos nos artº 8 e 9º da Resolução nº 05/79 da Comissão Nacional de Residência Médica:

Art.: 8º A avaliação do aproveitamento do Médico Residente utilizará os seguintes mecanismos:

1. *Avaliação periódica através de provas escrita e/ou prática;*
2. *Avaliação periódica do desempenho profissional por escalas de atitudes que incluam atributos tais como: comportamento ético, relacionamento com a equipe de saúde e com o cliente, interesse pelas atividades, e outros.*

Parágrafo único – dos resultados de cada avaliação será dado conhecimento ao residente.

Art. 9º a promoção para 2º anos, assim como a obtenção do certificado de conclusão do programa devem depender de:

1. *Cumprimento integral da carga horária prevista no programa;*
2. *Aprovação na avaliação final do aproveitamento;*
3. *Desempenho profissional satisfatório, medido por escala de atitudes;*

O Médico Residente, abaixo assinado, reconhece que os casos omissos, serão resolvidos pela Coordenação da Residência do Hospital, e em última instância, pela Comissão Nacional de Residência Médica.

E por estarem de acordo, as partes, estabelecem o foro de Fortaleza, como competente para dirimir dúvidas que possam advir da interpretação e aplicação do presente Termo de Outorga de Bolsa de Estudo, bem como assinam, em duas vias, de igual forma e teor, na presença das duas testemunhas abaixo.

Fortaleza-Ce., _____ de _____ de 2014

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
(OUTORGANTE)

MÉDICO RESIDENTE
(OUTORGADO)