**TERMO DE COMPROMISSO PARA REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO**

O PRESENTE TERMO OBJETIVA FIRMAR COMPROMISSO ENTRE O ESTAGIÁRIO (A), A INSTITUIÇÃO DE ENSINO E O INSTITUTO CAPIXABA DE ENSINO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE – ICEPi (CONCEDENTE) PARA REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES DE **ESTÁGIO NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.**

O (A) ESTAGIÁRIO (A) **Camilla Loureiro Fernandes de Oliveira**, estudante do 12º período do curso de graduação em Medicina da Faculdade Brasileira – MULTIVIX sob a matrícula nº 1010019, CPF n° 147.035.787-94 e a Apólice do seguro nº: 81.48.2022.0029588 (nº do Contrato: 35602136/1/ Proposta: 14554991 / Vigência de 23/08/22 a 23/08/23 com cobertura para morte acidental e invalidez permanente. T/P acidente), A INSTITUIÇÃO DE ENSINO Faculdade Brasileira - Multivix neste ato representada pela **Sra. Cintia Barreto** na qualidade de Coordenadora do Internato do Curso de Medicina e A CONCEDENTE de Estágio Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde – ICEPi, representado neste ato pela **Sra. Juliana da Silva Mariano**, CPF nº 120.796.687-81,na qualidade de Coordenadora dos Programas de Residências em Saúde.

**RESOLVEM:**

Celebrar o presente **TERMO DE COMPROMISSO**, mediante as cláusulas e condições a seguir expressas.

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

Constitui objeto do presente Termo estabelecer compromisso entre o (a) ESTAGIÁRIO (A), a INSTITUIÇÃO DE ENSINO Faculdade Brasileira – MULTIVIX e A CONCEDENTE o Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde - ICEPi para a realização de atividades de **Estágio** previstas no Curso de Graduação em Medicina.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DAS ATIVIDADES DO ESTAGIÁRIO**

O (A) ESTAGIÁRIO (A) desenvolverá suas atividades nos três serviços de saúde destacados a seguir:

Unidade Básica de Saúde Bela Vista, com sede na Rua Carlos Suella, nº 432, Bela Vista, Aracruz – ES, horário de funcionamento das 7 às 16h.

Unidade Básica de Saúde do CAIC com sede na Rua Presidente Kennedy, S/N, Centro, Aracruz – ES, horário de funcionamento das 7 às 16h.

Unidade Básica de Saúde Guaxindiba com sede na Rua Narcizo Felizardo, nº 23, São José, Aracruz – ES, horário de funcionamento das 7 às 19h.

O (A) ESTAGIÁRIO (A) desenvolverá suas atividades no período de 05/09/2022 a 16/10/2022, conforme Plano de Atividades.

**CLÁUSULA TERCEIRA – DO SUPERVISOR DE ESTÁGIO DA CONCEDENTE**

A CONCEDENTE nomeia os (as) seguinte (s) Supervisor (s) para realizar acompanhamento das atividades do Estágio:

Sr. (a) Raphaeli Balbi, CPF n° 120.165.837-38, médico (a) para acompanhar as atividades de estágio na condição de Supervisor do Local de Estágio na unidade de Saúde de Bela Vista.

Sr. (a) André Lima Jordão, CPF n° 126.987.437-35, médico (a) para acompanhar as atividades de estágio na condição de Supervisor do Local de Estágio na unidade de Saúde do CAIC.

Sr. (a) Bruna Pimentel de Jesus, CPF n° 101.917.297-52, médico (a) para acompanhar as atividades de estágio na condição de Supervisor do Local de Estágio na unidade de Saúde de Guaxindiba.

**CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES DO ESTAGIÁRIO**

Para garantir o fiel cumprimento do presente termo, o ESTAGIÁRIO comprometer-se-á:

1. Cumprir fielmente com a programação do **Estágio**, de acordo com o Plano de Atividades estabelecido de comum acordo entre o ESTAGIÁRIO (A) e o ICEPi/SESA;
2. Ser assíduo e pontual no desenvolvimento de suas atividades;
3. Conduzir-se com comportamento ético perante a comunidade e usuários envolvidos no exercício de suas funções, bem como perante o corpo docente, corpo discente e técnico-administrativo das instituições que desenvolvem o Estágio;
4. Desenvolver as atividades previstas de forma ética, principalmente no que se refere a resguardar o sigilo e a veiculação de informação a que tenham acesso em decorrência do **Estágio**;
5. Agir com urbanidade, discrição e respeito nas relações com a equipe do programa, profissionais e usuários do serviço;
6. Usar trajes adequados em concordância com as normas vigentes no país, como também as normas internas dos locais onde o **Estágio** está sendo realizado;
7. Demonstrar dedicação, zelo e responsabilidade no cuidado aos usuários e no cumprimento de suas atribuições profissionais;
8. Zelar pelo patrimônio dos serviços onde o **Estágio** está sendo realizado;
9. Comunicar ao (s) Supervisor (s) de **Estágio** as dificuldades de natureza acadêmico-profissional-pessoal associadas ao desenvolvimento de suas atividades;
10. Possuir Seguro atualizado e vigente.

**CLÁUSULA QUINTA – DAS VEDAÇÕES**

Para garantir o fiel cumprimento do presente termo, o ESTAGIÁRIO (A) compromete-se a observar e cumprir as vedações determinadas abaixo.

É vedado ao ESTAGIÁRIO (A):

1. Ausentar-se do local onde esteja exercendo suas atividades no momento sem a autorização do (s) Supervisor (s);
2. Não comparecer às atividades, sem a prévia comunicação ao Supervisor de Estágio, com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas, salvo situações excepcionais de emergência;
3. Desrespeitar o código de ética profissional;
4. Não cumprir tarefas designadas e prazos fixados pelo (s) Supervisor (s) de Estágio;
5. Realizar agressões verbais ou físicas entre profissionais ou outros;
6. Assumir atitudes e praticar atos que desconsiderem os usuários e familiares ou desrespeitem preceitos de ética profissional e do regulamento da instituição;
7. Faltar ao princípio de cordialidade para com os funcionários, colegas, superiores ou outros;
8. Usar de maneira inadequada instalações, materiais e outros pertences da instituição;
9. Retirar sem prévia anuência da autoridade competente, qualquer objeto ou documento do serviço;
10. Tomar medidas administrativas sem autorização por escrito do (s) Supervisor (s) de Estágio.

**CLÁUSULA QUINTA – DAS OBRIGAÇÕES DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO**

Para garantir o fiel cumprimento do presente termo, a INSTITUIÇÃO DE ENSINO comprometer-se-á:

I – Coordenar e orientar, na qualidade de interveniente, o desenvolvimento das atividades programadas e avaliar o rendimento do ESTAGIÁRIO (A) com base nos relatórios e de acordo com os parâmetros definidos no Projeto Pedagógico do Curso;

II – Zelar para que as atividades sejam realizadas em conformidade com o Plano de Atividades e com embasamento teórico da área de formação do ESTAGIÁRIO (A);

III – Garantir que oESTAGIÁRIO (A) possua seguro contra acidentes pessoais, cuja apólice seja compatível com valores de mercado;

IV – Observar o cumprimento da legislação e demais disposições sobre Estágio;

V – Comunicar à CONCEDENTE, de imediato e por escrito, o desligamento do ESTAGIÁRIO (A) de seu Curso de formação;

VI – Comunicar à CONCEDENTE o descumprimento do presente Termo de Compromisso associado aos procedimentos desta e providenciar o seu cumprimento efetivo;

VII – Apreciar o informado pela CONCEDENTE quanto ao descumprimento do Termo de Compromisso por parte do ESTAGIÁRIO (A) e tomar as providências cabíveis ao seu cumprimento;

VIII – Socializar resultados de atividades desenvolvidas por ESTAGIÁRIO (A) junto a CONCEDENTE;

IX – Responsabilizar-se por qualquer prejuízo ou dano causado pelo (a) ESTAGIÁRIO (A) à CONCEDENTE durante a execução de atividades do Estágio;

X - Todo e qualquer equipamento, material e/ou insumos necessários à estruturação das atividades práticas deverão ser fornecidos diretamente aos campos de prática mediante termo de doação sem encargos para incorporação ao patrimônio das contrapartidas de material permanente e encaminhar relatório à CONCEDENTE.

**CLÁUSULA SEXTA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONCEDENTE**

Para garantir o fiel cumprimento do presente termo, a CONCEDENTE comprometer-se-á:

I – Ofertar instalações que ofereçam condições para proporcionar atividades de aprendizagem profissional e sociocultural ao ESTAGIÁRIO (A);

II – Assegurar o acompanhamento das atividades do estagiário através do Supervisor indicado no presente Termo de Compromisso;

III – Zelar pelo desenvolvimento das atividades definidas no Plano de Atividades;

IV – Comunicar, por escrito e de forma justificada, o desligamento antecipado do ESTAGIÁRIO (A) em virtude de irregularidades associadas ao desenvolvimento de suas atividades;

VII – Manter à disposição de órgãos fiscalizadores os documentos que comprovem a relação de Estágio.

**CLÁUSULA SÉTIMA – DO SEGURO**

O(A) ESTAGIÁRIO(A) estará segurado(a) contra riscos de acidentes pessoais por **Apólice de Seguro** que mantém com a seguradora devidamente contratada.

Apólice do seguro nº: 81.48.2022.0029588 (nº do Contrato: 35602136/1/ Proposta: 14554991 / Vigência de 23/08/22 a 23/08/23 com cobertura para morte acidental e invalidez permanente. T/P acidente).

**CLÁUSULA OITAVA – DA NATUREZA DA RELAÇÃO**

O estágio curricular não caracteriza vínculo empregatício de qualquer natureza, para todos os fins da legislação trabalhista e previdenciária.

**CLÁUSULA NONA – DOS RECURSOS FINANCEIROS**

Ao ESTAGIÁRIO(A) não receberá qualquer tipo de remuneração pelas atividades desenvolvidas a título de bolsa ou outra forma de contraprestação bem como de auxílio-transporte na instituição CONCEDENTE.

O presente Termo não prevê qualquer repasse de recursos financeiros, cabendo às partes arcar com os custos inerentes às suas atividades.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO PERÍODO DA VALIDADE DO TERMO DE COMPROMISSO**

O presente Termo de Compromisso de Estágio tem sua validade definida pelo período de 05/09/2022 a 16/10/2022 e será mantido em arquivo pelo ICEPi.

**Parágrafo Único:** O Termo de Compromisso poderá ser rescindido unilateralmente por qualquer uma das partes e a qualquer momento através de comunicado por escrito que justifique seu rompimento.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO PLANO DE ATIVIDADE**

As atividades a serem desenvolvidas obedecerão ao Plano de Atividade definido pelo Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, de comum acordo entre o (a) ESTAGIÁRIO (A), a INSTITUIÇÃO DE ENSINO e a CONCEDENTE.

 E, por estarem de pleno acordo, em todos os seus termos e condições, assinam presente instrumento em **03 (TRÊS) vias,** de igual teor e forma, para um só efeito, na presença das testemunhas abaixo, para que produzam os legítimos efeitos legais.

Vitória, 01 de setembro de 2022.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1º -** Assinatura e Carimbo

**ESTAGIÁRIO (A) - Camilla Loureiro Fernandes de Oliveira**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2º –** Assinatura e Carimbo

**Cintia Barreto**

 **Coordenadora do Internato do Curso de Medicina**

**Faculdade Brasileira - MULTIVIX**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3º –** Assinatura e Carimbo

**FABIANO RIBEIRO DOS SANTOS**

Diretor

Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde – ICEPi

Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo – SESA/ES

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4º –** Assinatura e Carimbo

**JULIANA DA SILVA MARIANO**

Coordenação – Programas de Residência em Saúde

Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde – ICEPi

Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo – SESA/ES

Testemunhas:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome:…………………………… Nome:………………………………….

CPF: ……………………………… CPF: …………………………………..