



TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO MÉDICO RESIDENTE

Eu _____, CPF nº. _____, aprovado para o Programa de Residência Médica da SES-DF, comprometo-me a cumprir todos os deveres do médico residente previstos no Regulamento Interno dos Programas de Residência Médica da SES-DF aprovado pela Portaria nº. 493 de 8 de julho de 2020, publicada no DODF nº. 184 de 28/09/2020, especialmente os deveres constantes no Capítulo XX do Anexo I.

Declaro estar ciente de que deverei realizar todas as disciplinas obrigatórias estabelecidas pela Comissão Nacional de Residência Médica/MEC, quais sejam, Bioética e Ética Profissional, Metodologia Científica, Epidemiologia, Controle de Infecções Relacionadas à Saúde.

Declaro, ainda, estar ciente de que, de acordo com o art. 122 do Anexo I da Portaria nº. 493/2020, a obtenção do certificado de conclusão do programa dependerá de todos os seguintes requisitos:

I - Cumprimento Integral de carga horária de 5.760 (cinco mil, setecentos e sessenta) horas para programas com duração de 2 (dois) anos, 8.640 (oito mil, seiscentos e quarenta) horas para programas com duração de 3 (três) anos, 11.520 (onze mil, quinhentas e vinte horas) para programas com duração de 4 (quatro) anos ou 14.400 (quatorze mil e quatrocentas) horas para programas com duração de 5 (cinco) anos;

II - Média igual ou superior a 7 (sete) na Avaliação Anual de Desempenho Teórico (AADT);

III - Conceito satisfatório ou superior em todas as Unidades Educacionais na Avaliação de Desempenho Prática (ADP);

IV - Conceito satisfatório na Qualificação do Pré-Projeto do TCC, promovida pelo Corpo de Preceptores Médicos do Programa, conforme estabelecido no Capítulo XI;

V - Publicação do Produto Final caracterizado como TCC, na Revista das Residências em Saúde da SES, Health Residencies Journal, ou outra com Qualis/CAPES superior;

VI - Apresentação de Certificado de todos os cursos obrigatórios/disciplinas obrigatórias ofertadas pela ESCS/FEPECS.

ASSINATURA DO RESIDENTE