

**CONVÊNIO
FUNDAÇÃO DE
MEDICINA TROPICAL
DR. HEITOR VIEIRA
DOURADO – FMT-HVD**



AMAZONAS
GOVERNO DO ESTADO

TERMO DE COOPERAÇÃO QUE ENTRE SI ESTABELECEM A FUNDAÇÃO CENTRO DE CONTROLE DE ONCOLOGIA DO ESTADO DO AMAZONAS-FCECON E A FUNDAÇÃO DE MEDICINA TROPICAL Dr. HEITOR VIEIRA DOURADO - FMT-HVD PARA O DESENVOLVIMENTO DE ATIVIDADES COMPLEMENTARES NA FORMAÇÃO EDUCACIONAL DE DISCENTES DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA.

Pelo presente Termo de Cooperação que entre si firmam a **Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas** com sede a **Rua Francisco Orellana, Nº 215, Planalto, Manaus-Amazonas - CEP: 69040-010**, inscrito no CNPJ/MF sob o nº **34.570.820/0001-30** doravante denominado **FCECON** representado pelo seu Diretor Presidente, **Dr. Gerson Antônio dos Santos Mourão** e do outro lado a **Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado - FMT-HVD** representado pelo seu Diretor Presidente, **Dr. Marcus Vinitius de Farias Guerra**.

CLÁUSULA 1ª – DO OBJETO

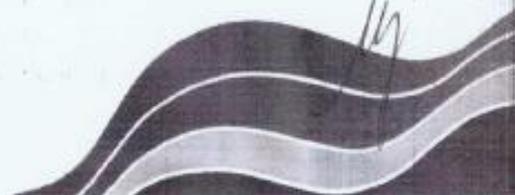
- 1.1 A FCECON promoverá a complementação da formação de discentes do Programa de Residência Médica em Infectologia e a FMT-HVD promoverá a complementação da formação discente do Programa de Residência Médica de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, com atividades teórico-práticas.
- 1.2 A FMT-HVD receberá, a cada ano, até 2 (dois) residentes matriculados no 1º, 2º e 3º anos. O período de realização do estágio será de 1 (um) mês, devendo ser encaminhado 1 (um) residente por período. O estágio terá início no primeiro dia do mês solicitado;
- 1.3 A carga horária semanal será de 40 (quarenta) horas, não sendo permitida nenhuma alteração.

CLÁUSULA 2ª – DA RESPONSABILIDADE DAS INSTITUIÇÕES

- 2.1 A FCECON compromete-se a:
 - 2.1.1 Propiciar aos discentes a complementação de ensino e aprendizagem, mediante efetiva participação nas atividades teórico-práticas do Serviço, com supervisões permanentes;
 - 2.1.2 Atestar a frequência do discente na Folha de Frequência ao final de cada período, assim como atribuir o conceito no Formulário de Avaliação para que o discente apresente ao Coordenador do Programa da Instituição de origem, ao término do estágio.

Fundação Centro de Controle de Oncologia
do Estado do Amazonas – FCECON
Rua Francisco Orellana nº 215 – Planalto
Fone (92) 3655-4600 – Fax (92) 3655-4752
Manaus – AM CEP-69040-010
www.fcecon.am.gov.br

Fundação
CECON





- 2.1.3 O local (Serviço/Setor) em que o estágio estiver sendo realizado deverá informar mensalmente, até o 5º dia útil do mês subsequente, a frequência do discente.
- 2.1.4 Fornecer almoço somente nos casos específicos em que o residente realize treinamento com carga horária de 40 horas semanais e não receba esse benefício por meio de ticket alimentação ou complementação na bolsa de estudos do hospital de origem.
- 1 A FMT – HVD compromete-se a:
- 2.1.5 Propiciar aos discentes a complementação de ensino e aprendizagem, mediante efetiva participação nas atividades teórico-práticas do Serviço, com supervisões permanentes;
- 2.1.6 Atestar a frequência do discente na Folha de Frequência ao final de cada período, assim como atribuir o conceito no Formulário de Avaliação para que o discente apresente ao Coordenador do Programa da Instituição de origem, ao término do estágio.
- 2.1.7 O local (Serviço/Setor) em que o estágio estiver sendo realizado deverá informar mensalmente, até o 5º dia útil do mês subsequente, a frequência do discente.
- 2.1.8 Fornecer almoço somente nos casos específicos em que o residente realize treinamento com carga horária de 40 horas semanais e não receba esse benefício por meio de ticket alimentação ou complementação na bolsa de estudos do hospital de origem.
- 2.2 A Coordenação do Programa de Residência Médica em Radiologia e Diagnóstico por Imagem da Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas - FCECON compromete-se a encaminhar a documentação abaixo, para a Diretoria de Ensino e Pesquisa da FMT - HVD, com antecedência mínima de 30 dias ao início do estágio:
- a) Carta de apresentação da Instituição de origem constando o Programa de Residência Médica ao qual o discente está matriculado, a data prevista para o término do Programa, o serviço, período e a carga horária do estágio a ser realizado;
 - b) Formulário de Solicitação da FCECON preenchido e assinado;
 - c) Folha de Frequência, emitida pela Instituição FCECON
 - d) Formulário de Avaliação, emitido pela FCECON;
 - e) Cópia xerox da carteira do Conselho Regional de Medicina (CRM);
 - f) 1 (uma) foto 3x4 colorida e recente.





2.3 A Coordenação do Programa de Residência Médica em Infectologia da FMT – HVD compromete-se a encaminhar a documentação abaixo, para a Diretoria de Ensino e Pesquisa da FCECON, com antecedência mínima de 30 dias ao início do estágio:

- g) Carta de apresentação da Instituição de origem constando o Programa de Residência Médica ao qual o discente está matriculado, a data prevista para o término do Programa, o serviço, período e a carga horária do estágio a ser realizado;
- h) Formulário de Solicitação da FMT - HVD preenchido e assinado;
- i) Folha de Frequência, emitida pela Instituição FMT - HVD
- j) Formulário de Avaliação, emitido pela FMT - HVD;
- k) Cópia xerox da carteira do Conselho Regional de Medicina (CRM);
- l) 1 (uma) foto 3x4 colorida e recente.

Parágrafo Único: Caso ocorra o descumprimento dos itens acima citados, o discente não poderá realizar o estágio.

CLÁUSULA 3ª – DOS DEVERES DOS RESIDENTES FCECON / FMT - HVD

- 3.1 Assinar a Folha de Frequência diariamente, de acordo com a carga horária estabelecida no Termo de Cooperação;
- 3.2 O residente deverá solicitar ao Coordenador Do Programa que está realizando o estágio para preencher o Formulário de Avaliação, que deverá ser levado junto com a Folha de frequência ao final do estágio para o Coordenador do Programa de origem;
- 3.3 Cumprir as normas administrativas para a utilização e preservação das dependências institucionais, materiais utilizados, espaços comuns, bem como as normas de atividades no ambiente hospitalar;
- 3.4 Os discentes estarão sujeitos aos Regulamentos Internos da FMT – HVD e da Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas.

CLÁUSULA 4ª – DOS RECURSOS FINANCEIROS

- 4.1 O presente Termo de Cooperação será executado sem qualquer ônus a ambas as partes;
- 4.2 A FMT – HVD e a FCECON se exime das responsabilidades relativas às despesas de deslocamentos e hospedagem dos residentes.





Parágrafo Único: A realização do estágio, não acarretará vínculo empregatício de qualquer natureza, não fazendo jus a qualquer benefício além do previsto na legislação da Residência Médica.

CLÁUSULA 5ª – DA NÃO EXCLUSIVIDADE

O presente Termo de Cooperação é firmado sem caráter de exclusividade, sendo facultado a ambas as Instituições firmarem Termos de Cooperação com terceiros;

CLÁUSULA 6ª – DA COORDENAÇÃO

As partes designam para a coordenação do presente Termo de Cooperação os serviços, aos quais deverão ser dirigidas as correspondências, e em quem deverão ser centralizadas as ações referentes aos procedimentos acordados:

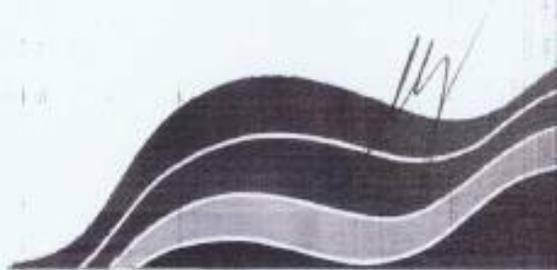
Pela FMT – HVD: Diretoria de Ensino e Pesquisa / COREME
Av. Pedro Teixeira, s/n - Dom Pedro, Manaus - AM, 69040-000
Tel: (92) xxxxxxxx E-mail: xxxxxxxxxxxx

Pela FCECON: DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA-DEP / COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA-
COREME/FCECON.

RUA FRANCISCO ORELLANA, Nº 215, PLANALTO, MANAUS-AMAZONAS – CEP: 69040-010
Tel: (92) 36554774 / 3655-4703 / 3655-4763 / E-mail: coreme_fcecon@fcecon.am.gov.br,
epesquisa@fcecon.am.gov.br

CLÁUSULA 7ª - DA APROVAÇÃO

- 7.1 O Termo de Cooperação foi previamente aprovado por ambas Instituições de Ensino;
- 7.2 A realização dos estágios do Programa de Residência Médica em Infectologia e Radiologia e Diagnóstico por Imagem dependerá de aceitação prévia do Serviço onde os estágios estão sendo solicitados.



CLÁUSULA 8ª – DA VIGÊNCIA, ALTERAÇÕES E RESCISÃO

O presente Termo de Cooperação passará a vigor a partir da data de sua assinatura pelas partes, e terá a validade de 5 anos, podendo ser alterado por Termo Aditivo acordado entre as instituições, bem como por elas rescindido a qualquer momento mediante comunicado por escrito e antecedido de 60 dias.

CLÁUSULA 9ª – DO FORO

As partes elegem o Foro Federal da cidade de Manaus - AM para dirimir quaisquer questões relativas ao presente Termo de Cooperação, que não possam ser solucionadas pelo mútuo entendimento das partes convenientes. E por estarem de acordo com as condições e com o texto deste Termo, as partes assinam e rubricam as páginas precedentes, cabendo a primeira via a FCECON e a segunda via a FMT – HVD.

Manaus, 22 de novembro de 2019.

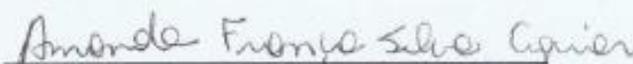


Diretor Presidente da FCECON
(assinatura e carimbo)

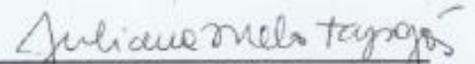


Dr. Marcus Vinícius de Farias Guerra
Diretor Presidente/FMT-HVD
Diretor Presidente da FMT – HVD
(assinatura e carimbo)

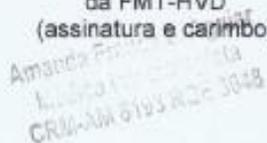
TESTEMUNHAS



Coordenador(a) do PRM em Infectologia
da FMT-HVD
(assinatura e carimbo)



Coordenador do PRM em Radiologia e Diagnóstico
por Imagem da FCECON
(assinatura e carimbo)


Amanda Françoise Silva Aguiar
Coordenadora do PRM em Infectologia
CRM-AM 6193 RDE 3848

