



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.  
Av. Francisco Trein, 596  
CEP 91350-200 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3357.2000  
CNPJ: 92.787.118/0001-20

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO  
(Unidade Pediátrica do Hospital Nossa  
Senhora da Conceição S.A.)

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.  
Rua Domingos Rubbo, 20  
CEP 91040-000 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3357.4100  
CNPJ: 92.787.126/0001-76

HOSPITAL FÊMINA S.A.  
Rua Mostardeiro, 17  
CEP 91430-001 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3314.5200  
CNPJ: 92.693.134/0001-53



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90

## ANEXO 4

### TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO DE ATUALIZAÇÃO EM SERVIÇO Estágios optativos para residentes

Pelo presente instrumento particular, que celebram entre si, os abaixo assinados, de um lado Sr.(a) \_\_\_\_\_, residente do Programa de Residência em \_\_\_\_\_ da/o (instituição) \_\_\_\_\_, portador(a) da Carteira de Identidade N° \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob o N° \_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) na rua (av.) \_\_\_\_\_, na Cidade de \_\_\_\_\_, UF \_\_\_\_\_, doravante denominado **RESIDENTE**, e, de outro lado, o **HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO S. A.**, CNPJ 92.787.118/0001-20, **HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.**, CNPJ 92.787.126/0001-76, **HOSPITAL FÊMINA S.A.**, CNPJ 92.693.134/0001-53, integrantes do chamado **GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO**, a seguir denominado **HOSPITAL CONCEDENTE**, neste ato representado pelo(a) Gerente de Ensino e Pesquisa, Sr.(a) \_\_\_\_\_, firmam o presente Termo de Compromisso pelas seguintes cláusulas:

**PRIMEIRA –** O **HOSPITAL CONCEDENTE** autorizará ao(à) **RESIDENTE**, um período de permanência na dependência do Hospital \_\_\_\_\_ para realização de **ESTÁGIO DE ATUALIZAÇÃO EM SERVIÇO**, junto aos profissionais da Instituição, na área de seu interesse.

**SEGUNDA –** O(A) **RESIDENTE** realizará o acompanhamento dos profissionais no Serviço de \_\_\_\_\_ no período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, totalizando, no máximo, 3 (três) meses.

§ 1º - As atividades a serem desenvolvidas pelo(a) **RESIDENTE** estarão descritas em Plano de Estágio anexo.

§ 2º - O **HOSPITAL CONCEDENTE** indica como supervisor, responsável pelo acompanhamento do(a) **RESIDENTE**: \_\_\_\_\_

**TERCEIRA -** Constituem obrigações do(a) **RESIDENTE**:

- Cumprir as normas e a programação estabelecida;
- Observar as normas internas do **HOSPITAL CONCEDENTE**;
- Ressarcir eventuais prejuízos causados ao **HOSPITAL CONCEDENTE**;
- Entregar na GEP/GHC, Ficha de Avaliação do Estágio, ao término do mesmo, na forma e padrões estabelecidos pela GEP/GHC;
- Devolver o crachá na GEP ao término do estágio.

**Parágrafo único:** O(A) **RESIDENTE** declara, para todos os efeitos legais, que o período de sua permanência para atualização em serviço, objeto do presente Termo de Compromisso, não acarretará, em hipótese alguma, vínculo empregatício com o **HOSPITAL CONCEDENTE**.

**QUARTA -** Caberá ao **HOSPITAL CONCEDENTE**:



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.  
Av. Francisco Trein, 596  
CEP 91350-200 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3357.2000  
CNPJ: 92.787.118/0001-20

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO  
(Unidade Pediátrica do Hospital Nossa  
Senhora da Conceição S.A.)

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.  
Rua Domingos Rubbo, 20  
CEP 91040-000 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3357.4100  
CNPJ: 92.787.126/0001-76

HOSPITAL FÊMINEA S.A.  
Rua Mostardeiro, 17  
CEP 91430-001 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3314.5200  
CNPJ: 92.693.134/0001-53



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90

- a) Ofertar instalações que tenham condições de proporcionar ao(à) **RESIDENTE** atividades de aprendizagem social, profissional e cultural;
- b) Indicar funcionário de seu quadro pessoal, com formação e experiência profissional na área de conhecimento do(a) **RESIDENTE**, para orientar e supervisionar;
- c) Proporcionar ao(à) **RESIDENTE** condições de aperfeiçoamento científico e de relacionamento humano;
- d) Possibilitar a supervisão e o acompanhamento das atividades desenvolvidas.

**QUINTA -** O Plano de Atividades do(a) **RESIDENTE**, elaborado pelo(a) mesmo(a), em acordo com o **HOSPITAL CONCEDENTE**, será incorporado ao presente TERMO DE COMPROMISSO.

**SEXTA -** Este TERMO DE COMPROMISSO poderá ser denunciado a qualquer tempo, unilateralmente, mediante comunicação escrita.

**SÉTIMA -** Constituem motivos para cessação automática da vigência deste TERMO de COMPROMISSO:

- a) A conclusão;
- b) A desistência;
- c) O não cumprimento das normas institucionais;
- d) O não cumprimento do convencionado neste TERMO DE COMPROMISSO.

**OITAVA -** O(A) **RESIDENTE** não terá vínculo empregatício com o **HOSPITAL CONCEDENTE** para quaisquer efeitos.

**NONA -** Durante sua permanência na Instituição, o(a) **RESIDENTE** deverá ter em seu nome, apólice de seguro contra acidentes pessoais, que fará parte integrante TERMO DE COMPROMISSO.

**DÉCIMA -** Para dirimir quaisquer dúvidas oriundas deste TERMO DE COMPROMISSO, fica eleito o Foro Central da Comarca de Porto Alegre - RS.

E, POR ESTAREM JUSTOS, DE PLENO ACORDO E CONTRATADOS COM AS CLÁUSULAS ACIMA E CONDIÇÕES ESTIPULADAS, FIRMAM O PRESENTE INSTRUMENTO EM (02) DUAS VIAS DE IGUAL TEOR E FORMA, POARA TODOS OS EFEITOS DE DIREITO, PERANTE DUAS TESTEMUNHAS.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

\_\_\_\_\_  
Gerência de Ensino e Pesquisa do GHC

\_\_\_\_\_  
Residente

**TESTEMUNHAS:**

\_\_\_\_\_  
Nome:

\_\_\_\_\_  
Nome: