|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| TERMO DE OUTORGA E CONCESSÃO DEBOLSA COMPLEMENTAR DE ESTUDO E PESQUISA | | | |
| **OUTORGANTE:** Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza, inscrita no CNPJ - 04.885.197/0001-44, situada na Rua do Rosário, 283, Centro, Fortaleza, Ceará, neste ato representada por sua Secretária Dra. Joana Angélica Paiva Maciel - RG 33022082 **-** SSP/CE e CPF: 309.911.703-00 | | | |
| Outorgado: Nome: **XXXXXXX**  RG N.º **XXXXXX** Orgão-UF/Data Expedição: **XXX-XX/XX/XX/XXXX** CPF N.º **XXX.XXX.XXX-XX**  Endereço: Rua **XXXXXXX**, Nº **XXX** , Apto. **XXX** ,Bairro: **XXXXXXX**  CEP: **XX.XXX-XX** Município: **XXXXXXX** UF: **XXX** Fone/Celular: (**XX**) **XXXXXXX** | | | |
| Modalidade:  **RESIDÊNCIA MÉDICA** | Área/Especialidade:  **Medicina de Família e Comunidade** | | Referência: **R1 e R2**  **ou**  **R2** | |
| Valor da Bolsa:  **R$ 5.000,00 (cinco mil reais)** | Duração:  **(00) ano(s)**  **(00) meses** | Vigência:  Início: **00/00/0000**  Término: **00/00/0000** |

##### 

##### CONDIÇÕES GERAIS PARA CONCESSÃO DA BOLSA

A OUTORGANTE, no uso de suas atribuições legais, defere ao OUTORGADO uma bolsa na modalidade acima especificada, mediante as condições que seguem:

1. Participar do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no ano e período acima referido, em Unidades de Atenção Primária à Saúde da rede pública municipal de Fortaleza e nas unidades de saúde que compõe a rede de atenção à saúde municipal, estadual e federal, dentro das normas e disposições legais da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).
2. A Bolsa Complementar de Estudo e Pesquisa de 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. Será concedido um Certificado de Residência Médica, se o OUTORGADO cumprir TODAS as exigências do programa de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade, no qual foi matriculado e entregar o Trabalho de Conclusão do Curso (TCC).
5. A Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza (COGTES/SMS) responderá perante a Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza pelo controle e supervisão das atividades do OUTORGADO, constantes do Programa de Residência Médica.
6. O OUTORGADO compromete-se a cumprir o disposto neste instrumento, no Regulamento da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza (COGTES/SMS), no Regimento Interno da Comissão de Residência Médica (COREME/SMS) e nas resoluções da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).
7. O OUTORGADO poderá ser desligado da Residência Médica em qualquer época e ter sua Bolsa Complementar de Estudo e Pesquisa cancelada, caso haja interrupção das atividades ou não cumpra as normas que regem o Programa de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade ou o estabelecido na Lei nº. 10.763 de 03 de julho de 2018.
8. O Médico Residente, abaixo assinado, reconhece que os casos omissos serão resolvidos pela Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (COGTES) da Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza, pela Comissão de Residência Médica (COREME/SMS), pela Comissão Estadual de Residência Médica do Ceará (CEREM-CE) e em última instância, pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Fortaleza, 03 de setembro de 2018.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Joana Angelica Paiva Maciel**

Secretária Municipal de Saúde de Fortaleza

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Maria Ivanília Tavares Timbó**

Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da SMS

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Outorgado**