

**TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO
PROFISSIONAL DE SAÚDE RESIDENTE**

Eu _____,
CPF nº. _____, aprovado para o Programa de Residência em Área Profissional da Saúde da SES-DF, comprometo-me a cumprir todos os deveres previstos no Regulamento Interno dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde 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 XVIII do Anexo II.

Declaro estar ciente de que deverei realizar todas as disciplinas obrigatórias estabelecidas pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde /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 II da Portaria nº. 493/2020, a obtenção do certificado de conclusão do programa dependerá de todos os seguintes requisitos:

I - Cumprimento de carga horária de 5.760 (cinco mil, setecentos e sessenta) horas anuais para programas com duração de 2 (dois) anos e de 8.640 (oito mil, seiscentos e quarenta) horas para programas de 3 (três) 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 ou superior em todas as Unidades Educacionais na Avaliação de Desempenho Teórico-Prática (ADTP);

V - Conceito satisfatório na Qualificação do Pré-Projeto do TCP, promovida pelo NDAE do Programa, conforme estabelecido no Capítulo XI;

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

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

ASSINATURA DO PSR