



Fundação São Paulo
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

FCMS
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde
PUC/SP – Campus Sorocaba
Rua Joubert Wey, 290 Fone: (15) 3212-9900
CEP. 18030-070 – Sorocaba – SP Fax: (15) 3212-9879

TERMO DE COMPROMISSO

Pelo presente instrumento particular, de um lado a **PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**, por intermédio da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde, pessoa jurídica de direito privado, com endereço na Rua Joubert Wey, 290 – Boa Vista – Sorocaba - SP, inscrita no CNPJ sob nº 60.990.751//0016-00, neste ato representado na forma do seu estatuto, doravante denominada simplesmente **COREME – FCMS/PUC-SP**, e de outro lado o (a)Sr.(a) _____, de nacionalidade brasileira, portador (a) do CPF n.º _____ e RG n.º _____ passaporte n.º _____ CRM n.º _____ doravante designado simplesmente **ESPECIALIZANDO**, têm entre si por firme e ajustado o seguinte:

Cláusula 1ª – O objeto do presente Termo é a especialização na área médica do **MÉDICO-ALUNO** junto a **FCMS da PUC-SP**, sito à Rua Joubert Wey, 290 – Boa Vista – Sorocaba, compreendendo atividades clínicas, cirúrgicas e de laboratório nos Hospitais do Campus, sempre acompanhado por um docente da Universidade.

Cláusula 2ª – Para dar cumprimento ao estabelecido na cláusula anterior, compromete-se o **MÉDICO-ALUNO** a:

- I – Cumprir o Plano de Estudos estabelecido pelo Departamento sob orientação e responsabilidade de seus docentes;
- II – Observar, enquanto durar seu programa, as normas éticas e disciplinares do Regimento Geral da FCMS.

Cláusula 3ª – A **FCMS**, por sua vez, compromete-se a:

- I – Oferecer supervisão por professores do Corpo Docente da sua Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde;
- II – Fornecer a infraestrutura administrativa para o atendimento ao paciente, incluindo sala, material e outros;
- III – Fornecer certificado ao final do Programa, constando o número de horas de supervisão realizada.

Parágrafo Único – Os certificados mencionados no inciso III só serão fornecidos aos alunos que completarem o Programa pré-estabelecido.



Fundação São Paulo
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

FCMS
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde
PUC/SP – Campus Sorocaba
Rua Joubert Wey, 290 Fone: (15) 3212-9900
CEP. 18030-070 – Sorocaba – SP Fax: (15) 3212-9879

Cláusula 4ª - Em se tratando de **MÉDICO-ALUNO** de nacionalidade estrangeira, é necessário:

- I – Ter visto permanente no Brasil;
- II – Apresentar a revalidação do Diploma de Graduação, obtido no estrangeiro, por universidade pública nacional, bem como cópia traduzida do histórico escolar;
- III – Apresentar Certificado de Proficiência em Língua Portuguesa para Estrangeiros (CELPEBRAS), em nível avançado, de acordo com a Res. CFM nº 1712, de 10/12/2003, ou outra que a venha substituir;
- IV – Apresentar o registro efetuado junto ao CREMESP, de acordo com a legislação em vigor.

Cláusula 5ª – O presente termo é firmado por prazo determinado de 01 (um) ano com início em ___/___/_____ e término em ___/___/_____.

Cláusula 6ª – Pelo Programa Especialização na Área Médica, o **MÉDICO-ALUNO** pagará à PUC-SP a quantia de R\$ 650,00 (seiscentos e cinquenta reais), a título de taxa de matrícula.

Parágrafo único – O valor a que se refere o “caput” é válido para 01 (um) ano acadêmico. Caso o programa se estenda por outro período, deverá ser paga nova taxa.

Cláusula 7ª – Fica eleito o Foro da Comarca de Sorocaba, para dirimir as controvérsias oriundas do presente ajuste.

E por estarem de acordo, firmam o presente Termo em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

Sorocaba, _____ de _____ de _____.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA-SP/FCMS

MÉDICO-ALUNO