



TERMO DE RESPONSABILIDADE DE PRECEPTORIA

Eu, _____
médico (a), inscrito (a) no CREMERS sob nº _____, residente e domiciliado (a) à
_____ nº _____/_____
CEP _____, na cidade de _____
Fone: (____) _____ Celular: (____) _____
E-mail: _____, neste ato DECLARO que atuarei na
qualidade de PRECEPTOR de: _____, aluno(a)
participante do curso: _____ a ser desenvolvido
pelo(a) _____ no período compreendido entre
_____/_____/_____ à ____/____/_____ nos
seguintes
locais: _____

Declaro possuir a qualificação ética e profissional necessária para a preceptoria e que irei **supervisionar, pessoal e diretamente as atividades do(a) aluno(a) participante**, assumindo a responsabilidade solidária pelos atos médicos por ele(a) praticados nos termos do Art. 5º, inc. V. da Resolução CFM Nº 2216/2018. Estou ciente da vedação da prática de atos médicos pelo(a) referido(a) aluno(a) fora da instituição de ensino, em outras atividades médicas de natureza diversa daquelas descritas no programa do curso, em locais NÃO previstos no programa do curso ou SEM supervisão. A inobservância dessas proibições poderá caracterizar crime de exercício ilegal da medicina (Art. 282 do Código Penal) e ensinar a minha responsabilização criminal em caso de auxílio, induzimento ou instigação á prática delitiva, na forma do art. 29 do Código Penal, além da adoção das medidas pertinentes no âmbito administrativo, por afronta ao Código de Ética Médica (art. 18 do CEM c/c os Artigos 5º, inc. VI, e 7º, § 6º, ambos da Resolução CFM Nº 2216/2018).

Comprometo-me a informar ao Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul, eventual desligamento do(a) aluno(a) acima indicado(a) do respectivo curso, no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da efetivação da exclusão. Ademais, comprometo-me a comunicar a esse mesmo Conselho Regional de Medicina, quaisquer irregularidades apuradas durante a duração do curso, no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir de minha ciência do fato.

Declaro sob as penas da lei, serem verdadeiras as informações acima apresentadas, ciente de que a falsidade poderá caracterizar o crime tipificado no art. 299 do código Penal.

Porto Alegre, ____/____/____

Assinatura do(a) Preceptor(a)