**Estagio Obrigatório da Residencia Médica da Coreme/CCS/UFES**

Ficha de Matricula (É indispensável que a ficha seja digitada, não aceitaremos manuscrito)

Residente **EXTERNO**

**IDENTIFICAÇÃO**

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

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

Telefone (com WhatsApp): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Pais: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número do RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_: Data de Expedição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero do CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número do CRM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Possui Deficiência ou Necessidade Especial:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Se sim, qual:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONTATO**

Nome do Contato na instituição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone (com WhatsApp): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DADOS ACADEMICOS**

Instituição de Residência Médica:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Período de curso:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Programa de Residência Médica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parecer na CNRM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**DADOS DO ESTÁGIO**

PRM que deseja Estagiar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Período. Inicio: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Entrada: \_\_\_:\_\_\_ Saida: \_\_\_:\_\_\_ 60 horas semanais.

Dias de Semana: ( ) Domingo ( )Segunda ( )Terça ( )Quarta ( )Quinta ( )Sexta ( )Sábado

|  |  |
| --- | --- |
| Para Uso do Residente  Atesto a veracidade dos dados acima informados.  Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Assinatura) Carimbo | Para Uso da COREME de ORIGEM  Ciente,  Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Assinatura) Carimbo |
| Para Uso do PRM de DESTINO  Aceito o(a) Residente acima identificado(a) para estágio.  Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Assinatura) Carimbo | Para Uso da COREME de DESTINO  Autorizo a matricula do(a) Residente acima identificado(a)  Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Assinatura) Carimbo |

**Anexar a Ficha:**

* Cópia simples da carteira do CRM
* Declaração de situação vacinal, emitida pela Unidade de Saúde
* Caso se declare como pessoa com deficiência, o laudo deve ser apresentado (PCD)
* Uma foto 3x4