**FUCHA DE SOLICITAÇÃO DE ESTAGIO.** (É indispensável que a ficha seja **digitada**, não aceitaremos manuscrito)

Residente: ( ) Interno – Da UFES ( ) Esterno – Nome da instituição \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Modalidade de estagio: ( ) Optativo ( ) Regular – Com convênio

**IDENTIFICAÇÃO**

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

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

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

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

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

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cartão do SUS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**SOBRE A INSTUÇÃO DE ORIGEM**

Razão social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do Contato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

( ) Autorizo a Coreme/UFES a enviar meu contato aos setores que necessitarem contato durante o estágio.

**DADOS ACADEMICOS – REFERENTE A INSTITUIÇÃO QUE CURSA RESIDENCIA MÉDICA**

Nome da Instituição que cursa Residência Médica:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Supervisor do PRM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Início e Término\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_-\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**DADOS DO ESTÁGIO**

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

Area especifica que deseja Estagiar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Preceptor que vai acompanhar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Período. Inicio: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ do estágio 60 horas semanais.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Escala** | **Entrada** | **Saída** | **Entrada** | **Saída** |
| Domingo | \_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_ |
| Segunda | \_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_ |
| Terça | \_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_ |
| Quarta | \_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_ |
| Quinta | \_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_ |
| Sexta | \_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_ |
| Sábado | \_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| Para Uso do Residente  Atesto a veracidade dos dados acima informados.  Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Assinatura) Carimbo | Para Uso do Coordenador da Coreme  Ciente.  Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Assinatura) Carimbo |