|  |
| --- |
| **DADOS PESSOAIS** |
| **Nome**: |       |
| **E-mail:** |       | **Fone** |            |
| **Endereço**: | Nº | Complemento |
|            |            |            |
| **Bairro** | **Cidade** | **CEP** |
|       |            |            |
| **CPF** | **Data de Nascimento** |
|            |           /          /            |
| **Contatos (pai/mãe ou responsável)** |
| **Nome** | **1º)** |       | **Fone** | **Fixo:** |            |
| **2º)** |       | **Celular:** |        |

|  |
| --- |
| **FORMAÇÃO ACADÊMICA** |
| **Instituição:** |         |
| **Cidade:** |       | **Estado:** |        |
| **Graduação:** |       | **Início:** |            |
| **Término:** |            |

|  |  |
| --- | --- |
| **ACADÊMICO** **[ ] Sim** **[ ] Não** | **RESIDENTE** **[ ]  Sim** **[ ]  Não** |
| Período:            | Período:            |
| **CURRICULAR** **[ ] Sim** **[ ]  Não** | **EXTRACURRICULAR****[ ] Sim** **[ ]  Não** |
| Período:             | Período:            |

|  |
| --- |
| **ESPECIALIDADE PRETENDIDA** |
| ***Departamento*** | **Exigência Mínima** | Flegar somente 01 (uma) opção | ***Departamento*** | **Exigência Mínima** | Flegar somente 01 (uma) opção |
| *Medicina de Família* | *Sem restrições* | [ ]  | *Radioterapia* | *A partir do 10° Período* | [ ]  |
| *Cirurgia Plástica e Microcirurgia* | *A partir do 3º período* | [ ]  | *UTI* | *A partir do 10° Período* | [ ]  |
| *Cuidados Paliativos* | *A partir do 4º período* | [ ]  | *Cabeça e Pescoço* | *Somente médico residente* | [ ]  |
| *Patologia* | *A partir do 4º período* | [ ]  | *Cancerologia Clínica* | *Somente médico residente* | [ ]  |
| *TMO* | *A partir do 5º período* | [ ]  | *Digestivo Alto* | *Somente médico residente* | [ ]  |
| *Medicina Nuclear* | *A partir do 7º período* | [ ]  | *Digestivo Baixo* | *Somente médico residente* | [ ]  |
| *Neurocirurgia* | *A partir do 8º período* | [ ]  | *Endoscopia* | *Somente médico residente* | [ ]  |
| *Radiologia* | *A partir do 8º período* | [ ]  | *Ginecologia* | *Somente médico residente* | [ ]  |
| *Pediatria* | *A partir do 9° Período* | [ ]  | *Mastologia* | *Somente médico residente* | [ ]  |
| *Anestesiologia* | *A partir do 10° Período* | [ ]  | *Oncogenética* | *Somente médico residente* | [ ]  |
| *Hematologia* | *A partir do 10° Período* | [ ]  | *Urologia* | *Somente médico residente* | [ ]  |
| *Outra:*      |
| Estou ciente que qualquer eventualidade e/ou acidente que possa ocorrer durante o meu estágio ou visita, assumirei total responsabilidade dos custos referentes às despesas médicas.[ ]  ***Concordo*** |
| **¹Data de Início:** |        |      ASSINATURA |
| **²Data de Término:** |           |
| ¹ Início de visitas somente na Segunda-feira² Permanência mínima de 05 dias úteis |

SALVAR ARQUIVO EM **PDF**.