|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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* | |  | *Dermatologia* | | *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* | |  | *Oncologia Clínica* | | *A partir do 10° Período* |  |
| *Patologia* | *A partir do 4º período* | |  | *Radioterapia* | | *A partir do 10° Período* |  |
| *Cirurgia Pediátrica* | *A partir do 4º período* | |  | *Digestivo Alto* | | *Somente médico residente* |  |
| *Fisiatria* | *A partir do 5º período* | |  | *Digestivo Baixo* | | *Somente médico residente* |  |
| *Cabeça e Pescoço* | *A partir do 5º período* | |  | *Endoscopia* | | *Somente médico residente* |  |
| *Medicina Nuclear* | *A partir do 7º período* | |  | *Ginecologia* | | *Somente médico residente* |  |
| *Neurocirurgia* | *A partir do 8º período* | |  | *Mastologia* | | *Somente médico residente* |  |
| *Radiologia* | *A partir do 8º período* | |  | *Oncogenética* | | *Somente médico residente* |  |
| *Pediatria* | *A partir do 9° Período* | |  | *Ortopedia* | | *Somente médico residente* |  |
| *Anestesiologia* | *A partir do 9° Período* | |  | *TMO* | | *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-feira**  **² Permanência mínima de 05 dias úteis** | | | | | **1 – Cabeça e Pescoço: Mínimo 14 dias**  **2- Oncogenética: Mínimo 30 dias.** | | |

SALVAR ARQUIVO EM **PDF**.