|  |
| --- |
| **Nome completo do solicitante:** |
| Telefone: | E-mail: |
| RG: | CPF: |
| Instituição de Ensino: | Especialização: |
| Profissional Responsável: |
| Funcionário do HAN? ( ) Não | ( ) Sim - Qual Setor de Trabalho? |
| Local da residência: |
| Período: | Horário: |
| Atividades a serem desenvolvidas: |
| Metodologia (como será realizado): |
| Observações: |
| Santa Cruz do Sul, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura do Residente Assinatura do Profissional Responsável  |
| ***Observações:****- O 1º dia de atividade é direcionado às orientações pelo Coordenador do CEP, treinamento com o setor de TI e pelo Coordenador da área onde o residente estará desempenho as atividades.**- Documentação necessária para encaminhar a solicitação: Formulário de Solicitação para Residência Médica, Currículo Vitae ou Lattes atualizado, Carta de Apresentação da Instituição de Ensino.* *- Sendo a atividade aprovada, deverá providenciar o Termo de Compromisso de Estágio Obrigatório junto a instituição de ensino e uma foto (3x4) para confecção de crachá de identificação.* *- Esses documentos deverão ser entregues no CEP – Centro de Ensino e Pesquisa do Hospital Ana Nery. Após a análise do setor, a solicitação será encaminhada para a Coordenação da área de interesse do acadêmico, que irá emitir um parecer.* *- O CEP informará o retorno do parecer ao acadêmico ou instituição de ensino.**- A falta de algum documento ou assinatura poderá implicar na não autorização da atividade.* |