|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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.* | | |