



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE SERVIÇOS DA SAÚDE  
INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS  
DIVISÃO CIENTÍFICA



## SOLICITAÇÃO DE ESTÁGIO (OPCIONAL) - RESIDENTES

Por favor preencha o formulário com os dados e as assinaturas solicitadas:

Este estágio é:

- Curricular Obrigatório - a carga horária do estágio é parte integrante do meu Histórico Escolar  
 Extracurricular - a carga horária do estágio não é obrigatória para o meu currículo

INFORMAÇÕES PESSOAIS		
Nome:		
RG:	CPF:	Data de nascimento: __/__/__
Endereço:		
Cidade:	Estado:	CEP:
Email:	Tels. para contato:	
Número do Conselho Regional de Medicina:	Estado:	
INSTITUIÇÃO DE ORIGEM		
Curso:	Semestre / Ano:	
<input type="checkbox"/> técnico <input type="checkbox"/> superior <input type="checkbox"/> especialização <input type="checkbox"/> não se aplica <input type="checkbox"/> outros:		
Universidade / Faculdade / Escola:		
<input type="checkbox"/> pública <input type="checkbox"/> privada <input type="checkbox"/> outros:		
Departamento / Setor:		
Nome do Responsável:		
Email:	Tels. para contato:	
SETOR SOLICITADO		
<input type="checkbox"/> Enfermarias <input type="checkbox"/> Pronto-Socorro <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Ambulat. Vacinas, Viajantes e Raiva		
<input type="checkbox"/> Neuroinfectologia (ambulat. e interconsulta) <input type="checkbox"/> Ambulat. Doenças Tropicais, Hansen e TBC		
Outros interesses específicos / informações:		
Mês / Período preferencial:		
<i>Obs.: cada estágio terá duração de aproximadamente um mês, com início no primeiro dia útil do mês em questão e término na véspera do primeiro dia útil do mês subsequente. A carga horária é de 40 a 60 horas semanais e os estágios em ambulatório só têm atividades obrigatórias em dias úteis.</i>		

\_\_\_\_\_  
assinatura do  
requisitante

\_\_\_\_\_  
assinatura do responsável  
pela instituição de ensino

Proposta analisada por: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_

aprovada     negada     com pendências: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_