

## SOLICITAÇÃO DE VIVÊNCIA NA UFSM

### INFORMAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO TERMO DE COMPROMISSO

#### I – DADOS DO SOLICITANTE

Nome do residente: \_\_\_\_\_

Programa de residência: \_\_\_\_\_

Área de concentração: \_\_\_\_\_

E-mail do residente: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ N.: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

#### I - IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DO RESIDENTE

Nome da instituição: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_

Nome do coordenador(a) do programa: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

E-mail da coordenação: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ N.: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

#### III – ELEMENTOS NECESSÁRIOS PARA A SOLICITAÇÃO DE VIVÊNCIA:

Período: Início: \_\_\_\_\_ e Término: \_\_\_\_\_ Carga horária diária: \_\_\_\_\_ horas.

Preceptor Médico Veterinário Responsável: \_\_\_\_\_

Área pretendida no estágio de vivência: \_\_\_\_\_

Descreva as atividades pretendidas durante o estágio de vivência:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### IV – PREENCHIDO PELA INSTITUIÇÃO DE DESTINO DO PEDIDO:

Direção do Hospital Veterinário Universitário:  Favorável  Desfavorável

Professor Dr(a). coordenador(a) Setor ou laboratório:  Favorável  Desfavorável

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**Médico(a) Veterinário(a) Residente**