



SOLICITAÇÃO DE VIVÊNCIA

INFORMAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO TERMO DE COMPROMISSO

I – DADOS DO SOLICITANTE

Nome do residente:

Programa de residência:

Área de concentração: Vínculo: R1 R2

E-mail do residente: FONE:

Matrícula: CPF: RG:

Endereço: N.:

Município: UF: CEP:

II - IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DO ESTÁGIO OPTATIVO DE VIVÊNCIA

Nome da instituição: CNPJ:

Nome do responsável pela instituição ou empresa:

Nome do coordenador ou diretor:

E-mail de contato: 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: CRMV:

Área pretendida no estágio de vivência:

Descreva as atividades pretendidas durante o estágio de vivência:

Qual o motivo da escolha desta instituição ou empresa para realização da vivência:

Qual a correlação da vivência de interesse (área específica) com o atual Programa de Residência que está matriculado:



Qual a proposta de socialização da vivência no retorno às atividades (tutorias, respectiva(s) unidade(s) de referência das vivências práticas, como ira contribuir:

IV – DATA E ASSINATURA DO RESIDENTE

Médico(a) Veterinário(a) Residente

V – PARECER COM ASSINATURA DOS PROFISSIONAIS QUE ACOMPANHAM O RESIDENTE NO PROGRAMA

Tutor de área de concentração no HVU:

Favorável Desfavorável - Data: Assin.:

Tutor de área de concentração no Laboratório da MVP:

Favorável Desfavorável - Data: Assin.:

VI – AUTORIZADO PELO(A) COORDENADOR(A)

Coordenador(a) dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde em Medicina Veterinária