



## 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 irá 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