**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE VIVÊNCIA**

# PREENCHER DIGITALMENTE, SALVAR, IMPRIMIR E COLETAR AS ASSINATURAS DE TUTORES E PRECEPTORES

* ANEXAR E-MAIL DE RESPOSTA DE ACEITE PRÉVIO DO ESTÁGIO PELO COORDENADOR DO PROGRAMA OU RESPONSÁVEL INSTITUCIONAL DE DESTINO.

**Dados de identificação do residente**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome do residente:** Inserir o texto | |
| **Profissão:** Inserir o texto | |
| **Tipo de vínculo no Programa de Residência:** | R1 R2 |
| **E-mail:** Inserir o texto | Fone: Inserir o texto |

# Identificação do programa em que está matriculado

|  |
| --- |
| **Nome do programa de residência:** Inserir o texto |
| **Área de concentração do Programa**:Inserir o texto |
| **Instituição executora do Programa (responsável):** Inserir o texto |
| **Nome do Coordenador do Programa**:Inserir o texto |
| **E-mail:** Inserir o texto |

# Identificação do Estágio Optativo

|  |  |
| --- | --- |
| **Período de realização do estágio** | De \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_. a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_. |

**Se for via Programa de Residência:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome do Programa de Residência e Instituição**: Inserir o texto | |
| **Nome do(a) coordenador(a) da COREMU**: Inserir o texto | |
| **E-mail do(a) coordenador(a):** Inserir o texto | **Telefone do(a) coordenador(a):** Inserir o texto |
| **Nome da Área de concentração**: Inserir o texto | |
| **Nome do Preceptor ou profissional de referência que acompanhará a vivência:**  Inserir o texto | |

**Se for diretamente em serviços:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome dos serviços ou unidades de referência**: Inserir o texto | |
| **Nome do(a) profissional de referência que acompanhará a vivência**: Inserir o texto | |
| **Função desempenhada na instituição ou no serviço:** Inserir o texto | |
| **E-mail do(a) responsável**: Inserir o texto | **Telefone do(a) responsável:** Inserir o texto |

# Qual Justificativa e objetivos para pedido de estágio de vivência?

|  |
| --- |
| Inserir o texto |

# Qual o motivo da escolha desta Instituição/Unidade/Programa para a realização da vivência?

|  |
| --- |
| Inserir o texto |

# 

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

|  |
| --- |
| Inserir o texto |

# Qual a proposta de socialização da vivência no retorno às atividades (tutorias, respectiva (s) unidade(s) de referência das vivências práticas)? Como irá contribuir?

|  |
| --- |
| Inserir o texto |

# 

**ASSINATURA DO(A) RESIDENTE**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data de Solicitação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

# PARECER COM ASSINATURA DOS PROFISSIONAIS QUE ACOMPANHAM O RESIDENTE NO PROGRAMA EM QUE ESTÁ MATRICULADO:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Preceptor de Núcleo** | ( ) Favorável  ( ) Desfavorável | Data: | Ass.: |
| **Preceptor de Campo** | ( ) Favorável  ( ) Desfavorável | Data: | Ass.: |
| **Tutor de Núcleo** | ( ) Favorável  ( ) Desfavorável | Data: | Ass.: |
| **Tutor de Campo** | ( ) Favorável  ( ) Desfavorável | Data: | Ass.: |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARECER FINAL DO SUPERVISOR (UFSM)** | |
| **Data:** | Assinatura: |
| **PARECER FINAL DO COORDENADOR (UFSM)** | |
| **Data:** | Assinatura: |