



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.
Av. Francisco Trein, 596
CEP 91350-200 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357.2000
CNPJ: 92.787.118/0001-20

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO
(Unidade Pediátrica do Hospital Nossa
Senhora da Conceição S.A.)

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.
Rua Domingos Rubbo, 20
CEP 91040-000 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357.4100
CNPJ: 92.787.126/0001-76

HOSPITAL FÊMINEA S.A.
Rua Mostardeiro, 17
CEP 91430-001 - Porto Alegre - RS
Fone: 3314.5200
CNPJ: 92.693.134/0001-53



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90

ANEXO 7

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE ESTÁGIOS DE ATUALIZAÇÃO EM SERVIÇO

Nº do Pedido: _____ / _____

TIPO DE ESTÁGIO:

- () Estágio curricular
() Estágio não curricular (no máximo, 30 dias)
() Estágio optativo para residente (no máximo, 3 meses)
() Atividade Profissional Supervisionada (no máximo, 30 dias)
() Visita Programada (de 1 a 5 dias)

PERÍODO SOLICITADO: _____

DADOS PESSOAIS

NOME:

ENDEREÇO:

Nº:

COMPLEMENTO:

BAIRRO:

CEP:

MUNICÍPIO:

UF:

FONE:

NOME DO PAI:

NOME DA MÃE:

CÔNJUGE:

DATA DE NASC.:

NATURALIDADE:

UF:

SEXO () MASCULINO () FEMININO

E-MAIL:

ESTADO CIVIL: () SOLTEIRO () CASADO () DIVORCIADO () POSSUI COMPANHEIRO
() VIÚVO () OUTROS

RG:

ÓRGÃO:

EXPEDIÇÃO:

UF:

CPF Nº:

POSSUI DEFICIÊNCIA: () SIM () NÃO

CONTATO

NOME:

PARENTESCO:

ENDEREÇO:

Nº

COMPLEMENTO:

BAIRRO:

CEP:

MUNICÍPIO:

UF:

FONE:

PLANO DE ESTÁGIO

HOSPITAL DE INTERESSE:



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.
Av. Francisco Trein, 596
CEP 91350-200 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357.2000
CNPJ: 92.787.118/0001-20

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO
(Unidade Pediátrica do Hospital Nossa
Senhora da Conceição S.A.)

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.
Rua Domingos Rubbo, 20
CEP 91040-000 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357.4100
CNPJ: 92.787.126/0001-76

HOSPITAL FÊMINEA S.A.
Rua Mostardeiro, 17
CEP 91430-001 - Porto Alegre - RS
Fone: 3314.5200
CNPJ: 92.693.134/0001-53



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90

SERVIÇO DE INTERESSE:

TURNO DE INTERESSE:

CURSO/UNIVERSIDADE:

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA/INSTITUIÇÃO:

PROFISSÃO:

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do(a) requerente

Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP/GHC)

Encaminhe-se à _____

para manifestar-se quanto à viabilidade do estágio acima requerido.

Em caso de manifestação favorável, solicitamos o preenchimento dos dados abaixo.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do(a) Responsável

PARA USO DO SERVIÇO

() HÁ INTERESSE

() NÃO HÁ INTERESSE

LOCAL DO ESTÁGIO:

NOME DO SUPERVISOR:

CARGO DO SUPERVISOR:

REGISTRO:

CARGA HORÁRIA SEMANAL DO ESTÁGIO:

DATA INÍCIO:

DATA TÉRMINO:

TURNO:

HORÁRIO DO ESTÁGIO:

ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS:

Retorne-se à GEP/GHC

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do(a) Responsável