**ANEXO 01**

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ESTÁGIO DE VIVÊNCIA (encaminhado para coordenação COREMU/UNIPAMPA)**

1. Dados de identificação do residente

Nome do residente:........................................................................................................Profissão:...............................................................

Matrícula: .........................

E-mail:..............................................................................................................................Fone: ( )................................................................

2 Identificação do programa em que está matriculado

Nome do Programa de Residência: ................................................................................................................................................................

Área de concentração do Programa:.............................................................................................................................................................

Instituição executora do Programa (responsável)

Nome do Coordenador do Programa:............................................................................E-mail:....................................................................

Nome do Coordenador da COREMU:..............................................................................E-mail:....................................................................

3 Descrição dos elementos que constituirão o estágio de vivencia solicitado

Período de realização estágio (data, mês, ano): de..........................................a...............................................

Dados do contato para o estágio (nome, função, telefone, e-mail) .............................................................................................................. .......................................................................................................................................................................................................................

- Se for via Programa de residência:

Nome do Programa de Residência e Instituição........................................................................................................................................

Fone: ( ) ....................... E-mail:..........................................................................

Nome da Área de concentração...............................................................................................................................................................

Nome do Preceptor ou profissional de referencia que acompanhará vivencia:....................................................................................

e identificação da função desempenhada no programa: ............................................................................................................................

- Se for diretamente em serviços:

Nome da instituição:...............................................................................................................................................................................

Fone: ( ) ....................... E-mail:..........................................................................

Nome dos serviços ou unidades de referencia: .....................................................................................................................................

Nome do profissional de referência que acompanhará a vivência e identificação da função desempenhada na instituição ou no serviço .............................................................................................................................................................................................................

4 Justificativa e Objetivos para pedido de estágio de vivência

|  |
| --- |
|  |

5 MODALIDADE (PROPOSTA) DE SOCIALIZAÇÃO DA VIVÊNCIA NO PROGRAMA E NOS SERVIÇOS:

|  |
| --- |
|  |

ASSINATUARA DO RESIDENTE:......................................................................................................Data de solicitação:..........................................

**PARECER DO COM ASSINATURA DOS PROFISSIONAIS QUE ACOMPANHAM O RESIDENTE NO PROGRAMA EM QUE ESTÁ MATRICULADO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PRECEPTOR E-OU TUTOR DE NÚCLEO** | **PRECEPTOR E-OU TUTOR DE CAMPO (no caso dos Progr. Resid. Multiprofissional)** | **COORDENADOR DE PROGRAMA** |
| Parecer:  Data: Ass.: | Parecer:  Data: Ass.: | Parecer:  Data: Ass.: |
| **PARECER FINAL COORDENADOR COREMU**  DATA: ASS.: | | |

Obs: A**nexar e-mail de resposta de aceite prévio do estágio pelo coordenador do programa ou responsável institucional**.

**Este documento deve ser preenchido digitalmente. As assinaturas devem ser originais.**