

INSTITUIÇÃO SOLICITANTE

Nome da Instituição: _____

Responsável: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

País: _____ CEP: _____

Telefone: _____ Fax: _____

E-mail: _____

DADOS DO CANDIDATO

Nome completo: _____

Sexo: M F Estado Civil: _____

Data de nascimento ____/____/____ Cidade: _____ UF: ____ País _____

Identidade nº: _____ Órgão expedidor: _____ Data da expedição ____/____/____

Inscrição Conselho Regional de _____ nº _____ Data da expedição ____/____/____

CPF ou Passaporte nº _____

Endereço residencial (origem): _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

País: _____ CEP: _____

Telefone fixo (origem): _____ Telefone celular: _____

E-mail: _____

LOCAL DA VISITA

- | | | |
|---|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Direção Geral do INCA | <input type="checkbox"/> CRH | <input type="checkbox"/> COENS |
| <input type="checkbox"/> HOSPITAL DO CÂNCER I | <input type="checkbox"/> CPQ | <input type="checkbox"/> FAF |
| <input type="checkbox"/> HOSPITAL DO CÂNCER II | <input type="checkbox"/> CONPREV | |
| <input type="checkbox"/> HOSPITAL DO CÂNCER III | <input type="checkbox"/> CEMO | |
| <input type="checkbox"/> HOSPITAL DO CÂNCER IV | <input type="checkbox"/> COAD | |

Setor _____

Período de ____/____/____ a ____/____/____ Carga horária total: _____

Objetivo da Visita Técnica:

Rio de Janeiro ____/____/____ _____

Candidato

PARA USO INTERNO DA SECRETARIA ACADÊMICA

Documento encaminhados para análise da solicitação:

- Cópia da Carteira do Conselho Regional da Categoria ou cópia do diploma de maior titulação
- Curriculum Vitae resumido
- Carta de apresentação do candidato pela Instituição solicitante (modelo anexo)
- Primeira solicitação no semestre

Rio de Janeiro ____/____/____

Secretaria Acadêmica (SECAD)

APROVAÇÃO DA VISITA TÉCNICA

CHEFIA DO SETOR

APROVADA para o período ____/____/____ a ____/____/____

NÃO APROVADA; Justificativa: _____

Rio de Janeiro ____/____/____

Chefia do Setor

SUPERVISOR

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO SUPERVISOR DA VISITA TÉCNICA

Eu, _____ MATRÍCULA

Telefone _____, e-mail _____

Declaro estar ciente de que:

- Durante a Visita Técnica está vedada a realização de procedimentos técnicos, assistenciais e/ou gerenciais que envolvam a manipulação direta de materiais, equipamentos e atendimento ao paciente;
- Estarei responsável pela supervisão constante do candidato visitante durante sua permanência no INCA;
- Não será possível a coleta de quaisquer informações de prontuários, pacientes, familiares e funcionários do INCA (história clínica, fotografia, filmagem, gravação, exames complementares, etc), mesmo com autorização dos mesmos.
- Ocorrerá suspensão da visita em casos de desvio de conduta, não atendimento às diretrizes estabelecidas nesta norma ou não cumprimento da carga horária total estabelecida na matrícula.
- Serei o responsável pela não observação das normas regidas pela Visita Técnica.

Rio de Janeiro ____/____/____

Supervisor

ÁREA DE ENSINO

Técnico de Enfermagem Multiprofissional Médico

- A visita solicitada está aprovada para o período informado.
- A visita solicitada não está aprovada para o período informado.

Rio de Janeiro ____/____/____

Supervisor da Área de Ensino

FAVOR DEVOLVER À SECRETARIA ACADÊMICA APÓS O PREENCHIMENTO E DEVIDAS ASSINATURAS