

INSTITUIÇÃO SOLICITANTE

Nome da Instituição: _____
Responsável: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
País: _____ CEP: _____
Telefone: _____ 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: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
País: _____ CEP: _____
Telefone fixo (origem): _____ Telefone celular: _____
E-mail: _____

LOCAL DA VISITA

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

Setor _____

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

Objetivo da Visita Técnica:

Rio de Janeiro _____

Candidato

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)

Rio de Janeiro _____

Serviço de Gestão Acadêmica (SEGAC)

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

ENVIAR AO SERVIÇO DE GESTÃO ACADÊMICA APÓS O PREENCHIMENTO E DEVIDAS ASSINATURAS