

Área Médica Nome do Serviço: _____

Período: Início ____/____/____ Término: ____/____/____ Carga horária semanal: _____

DADOS DO CANDIDATO

Nome completo: _____

Sexo M F

Estado Civil: _____

Data de nascimento ____/____/____ Identidade nº: _____ Órgão expedidor: _____

Data da expedição ____/____/____ CPF ou Passaporte nº _____

Endereço residencial (origem): _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

País: _____ CEP: _____

Telefone fixo (origem): _____ Telefone celular: _____

E-mail: _____

Contato em caso de acidente: _____ Parentesco: _____

Tel: DDI (____) DDD (____) nº _____

HISTÓRICO CURRICULAR

Instituição: _____

Curso: _____ Período: _____ Cidade: _____ UF: _____

Data prevista para formatura: ____/____/____

Declaro serem verdadeiras as informações presentes neste formulário.

Rio de Janeiro ____/____/____ _____

Candidato

Documento encaminhados para análise da solicitação:

- Carta de apresentação do candidato pela Instituição de origem (modelo anexo)
- Comprovante de inscrição regular no Curso de Medicina (modelo anexo)
- Cópia da Carteira de Identidade
- Cópia do CPF
- Apólice do Seguro de Vida (cobertura de morte ou invalidez permanente por acidente)
- Termo de Compromisso

Rio de Janeiro ____/____/____

Serviço de Gestão Acadêmica (SEGAC)

APROVAÇÃO DO RODÍZIO ACADÊMICO

SUPERVISOR

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

NÃO APROVADA; Justificativa: _____

Rio de Janeiro ____/____/____

Supervisor

SUPERVISOR

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO SUPERVISOR DO RODÍZIO

Eu, _____ MATRÍCULA

Telefone _____ e-mail _____

Declaro estar ciente de que:

- Durante o rodízio 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 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 próprios.
- Ocorrerá suspensão do rodízio em casos de desvio de conduta, não atendimento às diretrizes estabelecidas na Norma Administrativa ou não cumprimento da carga horária total estabelecida na matrícula.
- Serei o responsável pela não observação das normas regidas pelo Rodízio.

Rio de Janeiro ____/____/____

Supervisor

ÁREA DE ENSINO MÉDICO

- O rodízio Acadêmico solicitado está aprovada para o período informado.
- O rodízio Acadêmico solicitado não está aprovada para o período informado.

Rio de Janeiro ____/____/____

Supervisor da Área de Ensino