

**FICHA DE INSCRIÇÃO DE ESTÁGIO EXTRACURRICULAR/FIEE - MEDICINA IMEPAC**

**I – IDENTIFICAÇÃO DO (A) ESTAGIÁRIO (A):**      **Nº APÓLICE SEGURO:**

**NOME:**

**DATA DE NASCIMENTO:**

**CPF:**

**CARTEIRA DE IDENTIDADE Nº:**

**ÓRGÃO EXPEDIDOR:**

**ENDEREÇO RESIDENCIAL:**

**BAIRRO:**

**CIDADE:**

**UF:**

**CEP:**

**TELEFONES: RESIDENCIAL:**

**CELULAR:**

**E-MAIL:**

**PERÍODO DO CURSO:**

**II – IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO CONVENIADA:**

**INSTITUIÇÃO DE ENSINO: INSTITUTO MASTER DE ENSINO PROFESSOR ANTÔNIO CARLOS DE ARAGUARI**

**CURSO: MEDICINA**

**COORDENADOR/SUPERVISOR DE ESTÁGIO DO CURSO:**

**PROF. DR. ALEX MIRANDA RODRIGUES**

**Nº REGISTRO PROFISSIONAL: CRMMG 25881**

**PROF. MS. HENRIQUE PIEROTTI ARANTES**

**Nº REGISTRO PROFISSIONAL: CRMMG 41783**

**DATIVIDADE: ESTÁGIO EXTRACURRICULAR**

**III- LOCAL DA REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO:**

**UNIDADE:**

**SETOR:**

**INÍCIO:**

**TÉRMINO:**

**HORÁRIO:**

**CARGA HORÁRIA TOTAL DO ESTÁGIO:**

**TURNO:**

**MATUTINO ( )**

**VESPERTINO ( )**

**NOTURNO ( )**

**INTEGRAL ( )**

**FINAL DE SEMANA ( )**

**ESCALA ( )**

**( ) Multi Turnos \_\_\_\_\_**

**NOME(S) MÉDICO(S)/ASSISTENTE(S)/PROFISSIONAL(AIS) E RESPECTIVO(S) CRM(S) DE QUEM ACOMPANHARÁ O ESTÁGIO:**

\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

DE \_\_\_\_\_

**ESTAGIÁRIO (NOME COMPLETO POR EXTENSO)**