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

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

**NOME:**

**DATA DE NASCIMENTO: CPF:**

**CARTEIRA DE IDNETIDADE Nº: ÓRGÃO EXPEDIDOR:**

**ENDEREÇO RESIDENCIAL:**

**BAIRRO: CIDADE: UF: CEP:**

**TELEFONES: RESIDENCIAL: CELULAR:**

**E-MAIL: PERÍODO DO CURSO:**

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

**CENTRO UNIVERSITÁRIO IMEPAC**

**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**

**DATA ATIVIDADE: ESTÁGIO EXTRACURRICULAR**

**III – LOCAL DA REALIZAÇÃO DO ESTAGIO:**

**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)**