GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Maternidade Nossa Senhora de Lourdes

Fundação Hospitalar de Saúde

CADASTRO GERAL

FOTO

ESTAGIÁRIO ☐ **INSTRUTOR** ☐

PESQUISADOR ☐ **PRECEPTOR** ☐

R1 ☐ **R2** ☐ **R3** ☐ **R4** ☐

I – INFORMAÇÕES GERAIS

NOME: _____

ENDEREÇO COMPLETO: _____

_____CEP: _____ -___ CIDADE: _____

ESTADO: _____ TEL. RESIDENCIAL: (___)_____ CELULAR: (___)_____

E-MAIL: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____/_____/_____

CARTEIRA DE IDENTIDADE: _____ ÓRGÃO EXPEDIDOR: _____ CPF: _____

Nº DO CONSELHO DE CLASSE:_____ LOCAL DE TRABALHO: _____

NOME DE PAI E DA MÃE: _____

NOME PARA CONTATO: _____ FONE/CELULAR: _____

GRUPO SANGUÍNEO: _____ FATOR RH: _____

ALÉRGICO(A) A: _____

_____ ENFERMIDADE CRÔNICA: _____

PLANO DE SAÚDE: NÃO ☐ SIM ☐ QUAL: _____

EM DE URGÊNCIA LIGAR PARA (NOME E CONTATO):_____

II – INFORMAÇÕES DA INSTITUIÇÃO

INSTITUIÇÃO DE ENSINO: _____ CURSO: _____

DISCIPLINA/RESIDÊNCIA:_____

PERÍODO/ANO: _____ CARGA HORÁRIO POR ALUNO: _____

TEMA DA PESQUISA: _____

DATA INÍCIO:____/____/_____ DATA TÉRMINO:____/____/_____ TURNO:_____ HORÁRIO:_____

DIAS DA SEMANA: _____ SETOR(ES) DA MATERNIDADE: _____

COORDENADOR DO ESTÁGIO/PESQUISA/RESIDÊNCIA:_____

PRECEPTOR/ORIENTADOR DO ESTÁGIO/PESQUISA/RESIDÊNCIA:_____

TEL. COORD. E/OU PRECEPTOR E/OU ORIENTOR

:_____

E-MAIL COORD. E/OU PRECEPTOR E/OU ORIENTOR: _____

Nº APÓLICE SEGURO:_____

OBSERVAÇÕES: _____

COMPROMETO-ME A ENVIAR AO NEP, AO FINAL DO ESTÁGIO/PESQUISA/RESIDÊNCIA, UM CÓPIA DO RELATÓRIO FINAL DO ESTÁGIO/PESQUISA/RESIDÊNCIA(ENCADERNADA) E EFETUAR A DEVOLUÇÃO IMEDIATA DO CRACHÁ A SECRETÁRIA DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE.

ARACAJU/SE, _____ DE _____DE _____.

_____

ASSINATURA