



FUNDAÇÃO HOSPITALAR  
GETÚLIO VARGAS

Fundação Hospitalar Getúlio Vargas  
CNPJ: 13.183.513/0001-27  
Rua Alegrete, 145 Sapucaia do Sul - RS  
CEP:93210-020 Fone: (51) 3451.8200  
www.fhgv.com.br

## FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ESTÁGIO OPCIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

DADOS DO(A) RESIDENTE	
Nome completo:	CPF.:
E-mail:	Telefone: ( )

DADOS DA INSTITUIÇÃO FORMADORA	
Nome da Instituição Formadora:	
Programa de Residência:	Nível: ( )R2 ( )R3 ( )R4 ( )R5
Local e setor da atividade::	
Disciplina ou Atividade:	

DADOS DO ESTÁGIO PRETENDIDO	
Período do estágio:	De _____ a _____
Setor/Área de Interesse:	

DISPONIBILIDADE	
DIAS:	( )Segunda ( )Terça ( )Quarta ( )Quinta ( )Sexta ( )Sábado ( )Domingo
TURNOS:	( )Manhã ( )Tarde ( )Noite
HORÁRIOS: das _____ às _____ horas	

Data: \_\_\_\_\_ Assinatura do candidato: \_\_\_\_\_

PARA USO DO IEP/FHGV	
Recebido em: ____/____/____.	Por (nome):
ENCAMINHAMENTOS	
Retorno da área envolvida: ( ) Deferido ( ) Indeferido	Por (nome):
Supervisor(a) do Programa de Residência da FHGV:	
Retorno da solicitação em: ____/____.	
Documentos entregues ( ) Sim ( ) Não	Previsão de início do estágio: ____/____/____
Observações/ Comentários:	