



FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE VAGA DE ESTÁGIO **OBSERVACIONAL**

DADOS DO(A) CANDIDATO(A)			
Nome completo:			CPF.:
E-mail:		Telefone/Whatsapp: ()	
COMO FICOU SABENDO DA OFERTA DE ESTÁGIO OBSERVACIONAL NA FHGV:			
() Site da FHGV () Colegas () Professores () Já realizei estágio na FHGV () Nas aulas práticas () Outro. Qual?			
DADOS ACADÊMICOS			
Instituição de Ensino:			
Curso:			Semestre/Ano:
DADOS DO ESTÁGIO OBSERVACIONAL PRETENDIDO			
UNIDADE DE SAÚDE DE INTERESSE			
() Hospital (Sapucaia do Sul) () UPA (Sapucaia do Sul) () SAMU (Sapucaia do Sul) () CLISAM (Sapucaia do Sul)			
ÁREA/SETOR/ESPECIALIDADE DE INTERESSE			
Exemplo: Cirurgia Geral, UTI, Emergência, etc. Informe três opções de acordo com a prioridade.			
1ª OPÇÃO:		2ª OPÇÃO:	
		3ª OPÇÃO:	
DISPONIBILIDADE/INTERESSE			
Informe os dias e horários em que estará disponível e/ou tem interesse para o estágio durante o período.			
DIA(S) DISPONÍVEL(IS): () Segunda () Terça () Quarta () Quinta () Sexta			
TURN(S) DISPONÍVEL(IS): () Manhã () Tarde		HORÁRIO: das ____ às ____	
PREVISÃO DE INÍCIO EM: ____/____/____.		PREVISÃO DE TÉRMINO EM: ____/____/____.	
ATENÇÃO: O período máximo de estágio observacional é de 15 dias úteis (3 semanas) , de segunda a sexta-feira, em um turno de 6 horas (7h às 13h ou 13h às 19h). Caso a sua disponibilidade seja para um período menor do que três semanas, para apenas alguns dias da semana ou para horários diferentes, informe aqui:			
CONSENTIMENTO DE COMUNICAÇÃO (Lei nº 13.709/2018):			
() Aceito receber informações sobre produtos e serviços oferecidos pela FHGV por e-mail, telefone/whatsapp.			
Data: ____/____/____ Assinatura do(a) candidato(a): _____			
*Após o preenchimento e assinatura, envie por meio eletrônico para iep@fhgv.com.br			
PARA USO DO IEP/FHGV			
Recebido em: ____/____/____		Responsável pelo recebimento:	
ENCAMINHAMENTOS INTERNOS			
Supervisor(a) de Estágio da Área de Interesse:			
Retorno da solicitação: () Deferido () Indeferido		Orientador indicado:	
ÁREA/SETOR/ESPECIALIDADE APROVADA:			
DIAS APROVADOS: () Segunda () Terça () Quarta () Quinta () Sexta			
TURN(S) APROVADO: () Manhã () Tarde		HORÁRIO: das ____ às ____	
PREVISÃO DE INÍCIO EM: ____/____/____.		PREVISÃO DE TÉRMINO EM: ____/____/____.	
Resposta ao solicitante em: ____/____/____.		Responsável pela resposta:	
Retorno do solicitante: () Confirmado () Desistente		Alguma alteração?	
Pagamento de Inscrição: ____/____/____	Documentos obrigatórios entregues: ____/____/____		Início do estágio: ____/____/____