MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA / HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

PLANEJAMENTO DE ESTÁGIO OPCIONAL

Médico residente:		
Período: ○ R1 ◉ R2 ○ R3 ○ R4 ○ R5		
CPF:	**RG:**	**CRM/UF:**
Celular:		**E-mail:**
Endereço residencial:		

Instituição de origem:	
Programa de residência médica:	
Parecer de credenciamento do programa:	
Data de ingresso:	**Data prevista de término:**

Instituição do estágio:			
Estágio/Serviço pretendido:			
Objetivo (s) e justificativa do estágio:			
Cenários e atividades pretendidas (semana padrão definida pelo local do estágio):			
Início do estágio:	**Término do estágio:**	**Duração (semanas):**	**Carga horária semanal:**

Juiz de Fora, de de

_____
MÉDICO RESIDENTE

_____
SUPERVISOR DO PROGRAMA
DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Comissão de Residência Médica - Hospital Universitário da UFJF
Rua Catulo Breviglieri, s/nº, Santa Catarina - CEP: 36036-110
Telefone: (32) 4009-5167 E-mail: coreme.hu-ufjf@ebserh.gov.br