HOSPITAL
Belo Horizonte

ANEXO I

FICHA DE INSCRIÇÃO DE ESTÁGIO

I – IDENTIFICAÇÃO DO (A) ESTAGIÁRIO (A):			
NOME:			
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/_____		CPF:	
CARTEIRA DE IDENTIDADE Nº		ÓRGÃO EXPEDIDOR:	
ENDEREÇO RESIDENCIAL:			
BAIRRO:	CIDADE:	UF:	CEP:
TELEFONES:	RESIDENCIAL: (__)	CELULAR: (__)	
E-MAIL:			

II – IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO DE ORIGEM:	
INSTITUIÇÃO DE ENSINO (IE):	
CURSO:	
PERÍODO:	
ANO DE INGRESSO:	ANO DE CONCLUSÃO:

III – LOCAL DE INTERESSE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO:
UNIDADE DE SAÚDE: **HOSPITAL BELO HORIZONTE**
ÁREA DE INTERESSE DE ATUAÇÃO NA UNIDADE: ( ) CIRURGIA GERAL ( ) CLÍNICA MÉDICA ( ) GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA ( ) ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA ( ) PEDIATRIA ( ) ANESTESIOLOGIA

BELO HORIZONTE,_____DE_____DE _____

Dr. Augusto da Costa Campos Guimarães
Diretor Presidente - CRMMG 22609
Hospital Belo Horizonte
GESTHO - Gestão Hospitalar

Dr. Rodrigo Martins Dalee
Diretor Técnico - CRMMG 28574
Hospital Belo Horizonte
GESTHO - Gestão Hospitalar S/A