

FORMULÁRIO DE ACOMPANHAMENTO SUPERVISIONADO DE PRÁTICA MÉDICA

DADOS DO(A) MÉDICO(A) MENTOR(A)

Nome completo: _____

CPF: _____ CRM: _____ Estado CRM: _____

Telefone: _____ e-mail: _____

Eu, médico(a) qualificado acima, responsabilizo-me pelo acadêmico de Medicina qualificado abaixo durante a execução de atividades de acompanhamento supervisionado de prática médica. Declaro estar ciente de que não há qualquer vínculo empregatício ou remunerado, com o Centro Universitário Redentor (UniREDENTOR – Afya) em razão da atividade de acompanhamento. A partir da assinatura deste, comprometo-me em orientar e supervisionar o acadêmico em relação às competências médicas dentro dos serviços em que estivermos inseridos. Finalizado o período determinado para a execução das atividades, a parceria é automaticamente encerrada e me comprometo a fornecer a avaliação de presença e de desempenho do acadêmico a ser preenchida em formulário próprio - UniREDENTOR – Afya.

Período de mentoria: ____/____/____ a ____/____/____

Carga horária semanal: _____ horas

Limitadas a 6 (seis) horas diárias, no máximo, em 5 (cinco) dias da semana ou 30 (trinta) horas semanais.

Dia da semana: _____ Horário: _____ : _____ - _____ :

Dia da semana: _____ Horário: _____ : _____ - _____ :

Dia da semana: _____ Horário: _____ : _____ - _____ :

Dia da semana: _____ Horário: _____ : _____ - _____ :

Dia da semana: _____ Horário: _____ : _____ - _____ :

DADOS DO ACADÊMICO DE MEDICINA

Nome completo: _____

CPF: _____ Matrícula: _____ Período e turma: _____

Telefone: _____ e-mail: _____

Eu, aluno qualificado acima, comprometo-me a executar as atividades de acompanhamento supervisionado de prática médica com ética e dedicação, portar-me com vestimenta adequada para a atividade e, acima de tudo, respeitar os pacientes, colegas e ambiente de trabalho. Responsabilizo-me por qualquer acidente que possa ocorrer durante o trajeto percorrido para ir e voltar do local da atividade e também por qualquer acidente técnico de trabalho. Declaro que fui previamente orientado em relação às responsabilidades de cada parte envolvida nesta proposta. Estou ciente de que não há qualquer tipo de remuneração financeira para a execução das atividades e que, ao final do período de no mínimo de 6 meses, obtendo aproveitamento satisfatório, e com devidas comprovações, será enquadrado em atividade complementar referente a acompanhamento supervisionado de prática médica. Declaro que preciso entregar este formulário impresso ou escaneado ao setor competente, devidamente acompanhado de documento com identificação com foto, comprovante de matrícula atualizado, folha de presença do acompanhamento e formulário de avaliação, assinada pelo mentor.

____/____/____ e assinatura do acadêmico _____

DADOS DO LOCAL DA EXECUÇÃO DA ATIVIDADE

Local: _____ Setor: _____

Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____ e-mail: _____

Data e assinatura e carimbo – Respons. pelo local

Data e assinatura – Respons. na UniREDENTOR

Nome: _____

Nome: _____

Cargo: _____

Cargo: _____