|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REQUERIMENTO DE ESTÁGIO EXTRACURRICULAR NÃO OBRIGATÓRIO ESTUDANTES FACULDADE DE ODONTOLOGIA/UFMG** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Número do Protocolo:** | | | | | | | |
| **NOME DA INSTITUIÇÃO/CLÍNICA:** | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CNES:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | **CROMG DA CLÍNICA:** | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **E-mail:** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | **Web Site:** | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Telefone (DDD)** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nome do Estudante:** | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CURSO:** | | **ODONTOLOGIA** | | | | | | | | | |  | | | | | | | | **Matrícula:** | | |  | | | | | | | **Período:** | | | |  | |
| **Endereço:** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Nº:** | | |  | | |
| **Complemento:** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | **Bairro:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Cidade:** | | | |  | | | | | | | | | | | **Estado:** | | | |  | | | | | | | | | | | **CEP:** | |  | | | |
| **E-mail:** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Celular (DDD)** | | | | | | | |  | | | | | | |
| **Professor (a) Orientador (a) da Faculdade de Odontologia/UFMG:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CROMG do Professor:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Profissional Supervisor (a):** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CROMG do Supervisor:** | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| **Área do Estágio:** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Período de realização:** | | | | | | | | De     /    /     a     /    / | | | | | | | | | **C. Horária a ser cumprida:** | | | | |  | | | | | | | | | **Citar:** | | | |  |
| **Dias da Semana*:*** Seg  Ter  Qua  Qui  Sex  Sáb | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Horário a cumprir**:       às       e       às | | | | | | | | | | | | | | | | | | **(Anexar histórico atualizado impresso da Minha UFMG)** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **O (A) ALUNO (A) ABAIXO ASSINADO REQUER ANUÊNCIA PARA ESTÁGIO EXTRACURRICULAR NÃO OBRIGATÓRIO.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**  Data de Entrega da Documentação | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Aluno | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Professor orientador - Assinatura sobre carimbo (Obrigatório) | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Supervisor - Assinatura sobre carimbo (Obrigatório) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **RESERVADO AO CONCEDENTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **RESERVADO AO COLEGIADO** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Decisão do concedente:  Data:\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | Deferido | | | Indeferido | | | | **PROFESSOR ORIENTADOR DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA/UFMG:** | | | | | | | | **SUPERVISOR DO**  **ESTÁGIO** | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Responsável (assinatura sobre carimbo) | | | | | | | | | | | | | | | | | | Deferido  Indeferido | | | | | | | | Deferido  Indeferido | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Responsável (assinatura sobre carimbo) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **RESERVADO À COMISSÃO DE ESTÁGIOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **RESERVADO À DIRETORIA DA FAO UFMG** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PROFESSOR ORIENTADOR DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA/UFMG:** | | | | | | | | | | | **SUPERVISOR DO**  **ESTÁGIO** | | | | | | | **PROFESSOR ORIENTADOR DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA/UFMG:** | | | | | | | | | **SUPERVISOR DO**  **ESTÁGIO** | | | | | | | | |
| Deferido  Indeferido | | | | | | | | | | | Deferido  Indeferido | | | | | | | Deferido  Indeferido | | | | | | | | | Deferido  Indeferido | | | | | | | | |
| Data: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | O estágio foi:  Deferido  Indeferido | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Responsável (assinatura sobre carimbo) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CHECK LIST COMISSÃO DE ESTÁGIOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A Comissão de Estágios recebeu:  ( ) Plano de Atividades do Estágio ( ) Termo de compromisso  **Obs.**: O estudante só poderá iniciar o estágio após a entrega e a aprovação da documentação na Comissão de Estágios, colegiado e diretoria e após o convênio entre FAO UFMG e Concedente estar firmado. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Avaliador da Comissão de Estágios (assinatura sobre carimbo)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Coordenação da Comissão de Estágios (assinatura sobre carimbo) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Para a conclusão do estágio não obrigatório o estudante deve entregar à Comissão de Estágios, a seguinte documentação: 1**) Ficha de Avaliação; 2) Registro de Frequência; 3) Relatório Fina**l. O prazo máximo para entrega da documentação de conclusão é de 30 (trinta) dias após o término do estágio e deve estar devidamente preenchida e assinada sobre carimbo. | | | | | | | | | | | | | | | | | |

*Este documento só terá validade com assinatura sobre carimbo do (a) Coordenação da Comissão de Estágios*