

13.1. Deverá ser preenchido, pelo professor da **INSTITUIÇÃO DE ENSINO**, o **ANEXO VI**, e ser entregue na Coordenação de Enfermagem ao final do horário do estágio em que o fato ocorreu.

14. CRITÉRIOS PARA SUSPENSÃO DE ESTÁGIOS

14.1. Serão considerados motivos para suspensão do estágio o não cumprimento de qualquer uma das normas aqui contratadas.

ANEXO II

CAMPOS DE ESTÁGIO

<u>UNIDADE / SERVIÇO</u>	<u>Nº ALUNOS</u>	<u>REPRESENTANTE</u>	<u>TELEFONE</u>
U.T.I adulto	4		3739-4057
Clínica Cirúrgica (S2-S3-H3)	6		3739-4048 (S2) 3739-4049 (S3) 3739-4029 (H3)
Clinica Médica (S2-S3-H3)	6		3739-4048 (S2) 3739-4049 (S3) 3739-4029 (H3)
Centro Cirúrgico e Central	4		3739-4010 (C.C) 3739-4009 (CME)
Maternidade H2	6		3739-4028

U.T.I. – vagas apenas para graduandos de enfermagem

ANEXO III

MATERIAL PARA ESTÁGIO

DESCARTÁVEIS

Para Estágio em todas as unidades e serviços:

- 1 caixa de luvas de procedimento / turma / dia
- 1 máscara de proteção-agente etiológico / aluno/ dia

Para Estágio em Centro Cirúrgico e U.T.I.:

- 1 propé + 1 gorro + 1 máscara + terninho/ aluno / dia

MATERIAL DE BOLSO

- termômetro, tesoura, garrote
- 2 estetoscópios e 2 esfignomanômetros / turma

7

ANEXO IV

LISTAGEM DE ALUNOS

NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: _____

DISCIPLINA: _____

PERÍODO DE ESTAGIO: __/__/__ à __/__/__ **HORÁRIO:** das __:__:__ às __:__:__ hs.

SUPERVISOR RESPONSÁVEL (PROFESSOR)

Nome: _____

Número do Coren: _____ **Nº de registro:** _____

RELACÃO DE ALUNOS ESTAGIÁRIOS:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Declaro para os devidos fins que os alunos acima relacionados estão protegidos por Seguro Contra Acidentes Pessoais, durante o tempo de permanência neste HOSPITAL, durante a realização do estágio, conforme estabelecido nas Normas de Estágios, bem como terem recebido as 03 (três) doses da vacina contra Hepatite B e Tétano.

Carimbo da Instituição **Carimbo e Assinatura do Responsável pelo estágio**

Nome: _____

RG: _____

8

ANEXO IV

LISTAGEM DE ALUNOS

NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: _____

DISCIPLINA: _____

PERÍODO DE ESTAGIO: __/__/__ à __/__/__ **HORÁRIO:** das __:__:__ às __:__:__ hs.

SUPERVISOR RESPONSÁVEL (PROFESSOR)

Nome: _____

Número do Coren: _____ **Nº de registro:** _____

RELACÃO DE ALUNOS ESTAGIÁRIOS:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Declaro para os devidos fins que os alunos acima relacionados estão protegidos por Seguro Contra Acidentes Pessoais, durante o tempo de permanência neste HOSPITAL, durante a realização do estágio, conforme estabelecido nas Normas de Estágios, bem como terem recebido as 03 (três) doses da vacina contra Hepatite B e Tétano.

Carimbo da Instituição

Carimbo e Assinatura do Responsável pelo estágio

Nome: _____

RG: _____

8

CLÁUSULA SEXTA

O estagiário declara concordar com as Normas de Estágio, rotinas e outras normas internas do **HOSPITAL** quanto ao acompanhamento e avaliação de seu desempenho e aproveitamento.

CLÁUSULA SÉTIMA

O estagiário obrigará-se a cumprir as condições definidas para o estágio, através deste Termo de Compromisso, bem como as normas de organização e de trabalho estabelecidas pelo **HOSPITAL**, especialmente no que tange ao respeito às normas éticas e morais, ao resguardo do sigilo profissional e administrativo de tudo o que vier a ter conhecimento em decorrência do estágio.

CLÁUSULA OITAVA

O estagiário deverá estar de acordo com as disposições ora estipuladas comprometendo-se a aceitá-las e cumpri-las.

Por estarem de pleno acordo com os termos a ajustados, as partes assinam em três vias de igual teor e forma, que serão destinadas uma para cada parte, na presença de duas testemunhas.

Campinas, de de 2005

HOSPITAL

INSTITUIÇÃO DE ENSINO

ESTAGIÁRIO

Testemunhas:

