

Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



**IFF**

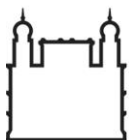
INSTITUTO NACIONAL | FERNANDES FIGUEIRA  
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

## **NORMAS E FLUXOS PARA SOLICITAÇÃO DE ESTÁGIO OPTATIVO**

### **RESIDÊNCIAS EM SAÚDE**

#### **1. NORMAS GERAIS**

- 1.1. O estágio optativo visa à aquisição de competências complementares, úteis ao desempenho da atividade profissional.
- 1.2. Tanto a oferta como a participação em estágio optativo são facultativos.
- 1.3. A carga horária do estágio optativo insere-se no total definido em lei para cada programa de residência.
- 1.4. A não realização de estágio optativo não exige o residente de cumprir outras atividades determinadas pela instituição, de modo a totalizar a carga horária prevista em lei para a conclusão de programa de residência.
- 1.5. Para efeito da presente norma, define-se como:
  - Instituição de origem: a instituição à qual se vincula o programa de residência cursado pelo residente que pretende cursar o estágio optativo;
  - Instituição de destino: a instituição nacional ou estrangeira onde será cumprido o estágio optativo, caso não seja a mesma onde residente se encontra matriculado.
- 1.6. Admite-se a realização de estágio optativo em instituição de saúde no Brasil ou no exterior.
- 1.7. A instituição de origem é responsável pelo acompanhamento pedagógico dos estágios optativos de seus programas de residência.
- 1.8. A formalização do vínculo entre a instituição de ensino de origem e de destino se dará por meio de convênio ou acordo de cooperação que disponha sobre os termos do estágio a ser ofertado.
- 1.9. A instituição de origem arcará, obrigatoriamente, com o pagamento da bolsa-residência, nos termos da lei.
- 1.10. Para cada um de seus programas de residência, a instituição de origem poderá, a seu critério, ofertar um ou mais estágios optativos.
- 1.11. Os estágios optativos são facultados a residentes a partir do 2º ano dos Programas de Residência Profissional em Saúde para as áreas de conhecimento e programas oferecidos.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

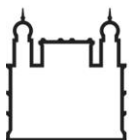
Fundação Oswaldo Cruz



IFF

INSTITUTO NACIONAL | FERNANDES FIGUEIRA  
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

- 1.12. O período de estágio poderá ser de no mínimo 15 dias e no máximo de 30 dias, exceto em situações sob a apreciação da Comissão de Residência, atendendo às normas do Conselho Regional.
- 1.13. Os estágios optativos poderão ser solicitados à Comissão de Residência ou Instituição parceira que possua Educação Continuada com profissional qualificado para acompanhamento do residente, conforme Regulamento Geral da Residência em Área Profissional do IFF/FIOCRUZ.
- 1.14. O residente deverá estar ciente das normas estabelecidas no Regulamento Geral da Residência em Área Profissional do IFF/FIOCRUZ.
- 1.15. O pedido para solicitação de estágio optativo à Comissão de Residência – IFF deverá ocorrer, no mínimo, com 90 (noventa dias) de antecedência da data prevista para início do pretendido estágio.
- 1.16. Em caso de desistência do estágio optativo, na vigência do mesmo, o residente deverá comunicar imediatamente à SECADEM-IFF, via e-mail para [residencia@iff.fiocruz.br](mailto:residencia@iff.fiocruz.br), a fim de informar às partes envolvidas.
- 1.17. Não há necessidade de processo seletivo para aceite; devendo, o residente seguir o fluxo de solicitação de estágio optativo de sua instituição de origem, considerando que o quantitativo de vagas dependerá da disponibilidade do programa/área.
- 1.18. Os casos omissos e excepcionais serão resolvidos pela Comissão da Residência correspondente do IFF/ Fiocruz.
- 1.19. A normas de estágio optativo do IFF obedecem às exigências da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e Comissão Nacional de Residência em Área Profissional da Saúde (CNRMS) e entram em vigor a partir da data de sua publicação.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz

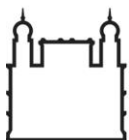


IFF

INSTITUTO NACIONAL | FERNANDES FIGUEIRA  
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

## 2. FLUXO DE SOLICITAÇÃO DE ESTÁGIO OPTATIVO POR RESIDENTES DO IFF EM OUTRA INSTITUIÇÃO

- 2.1. O residente do IFF deverá submeter o **[“Formulário de Solicitação de Estágio Optativo Externo ao IFF”](http://ensino.iff.fiocruz.br/index.php/docsforms)** preenchido (disponível em: <http://ensino.iff.fiocruz.br/index.php/docsforms>) à apreciação da Coordenação/ Supervisão de seu Programa.
- 2.2. Se deferida a pertinência pela Coordenação/ Supervisão, o residente deverá encaminhar o formulário preenchido à Coordenação da Comissão de Residência - IFF, no prazo referido no item 1.15, através do e-mail [residencia@iff.fiocruz.br](mailto:residencia@iff.fiocruz.br), para apreciação do pedido, em até 30 dias.
- 2.3. Obtido o aceite pela Coordenação da Comissão de Residência-IFF, a SECADEM-IFF irá solicitar à Comissão de Residência ou setor responsável na instituição de destino, o preenchimento e a concordância do **[“Termo de Aceite do Estágio Optativo Externo ao IFF”](http://ensino.iff.fiocruz.br/index.php/docsforms)** (disponível em: <http://ensino.iff.fiocruz.br/index.php/docsforms>), contendo o plano (60 horas semanais), período, local e profissional que ficará responsável pelo estágio. A instituição de destino deverá encaminhar este referido termo de aceite, no prazo máximo de 30 (trinta) dias que antecedem o início do estágio.
- 2.4. A SECADEM-IFF disponibilizará ao residente a **[“Carta de Apresentação”](#)** a ser entregue à instituição de destino no 1º dia do estágio optativo.
- 2.5. O residente terá o compromisso de apresentar ao Coordenador/ Supervisor do Programa, quando do seu retorno, a **[Ficha de Avaliação](#)** e a **[Ficha de Frequência](#)** originais e impressas, com assinatura e carimbo do responsável pela coordenação/ supervisão do estágio.
- 2.6. O residente que fizer estágio optativo deverá apresentar seguro contra acidentes pessoais. Caso seja fora do país, o seguro deverá ter cobertura internacional. A instituição de destino poderá, durante o período de realização do estágio, exigir do residente uma apólice de seguros contra acidentes pessoais.
- 2.7. Os custos de transporte, alimentação e moradia serão de inteira responsabilidade do residente.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz

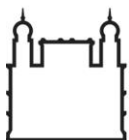


IFF

INSTITUTO NACIONAL  
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE | FERNANDES FIGUEIRA

### 3. FLUXO DE SOLICITAÇÃO DE ESTÁGIO OPTATIVO POR RESIDENTES DE OUTRA INSTITUIÇÃO NO IFF (QUANDO HOUVER PROGRAMA CORRESPONDENTE OU CONVÊNIO)

- 3.1. O residente externo deverá submeter o “[Formulário de Solicitação de Estágio Optativo no IFF – Quando houver programa ou convênio](http://ensino.iff.fiocruz.br/index.php/docsforms)” (disponível em: <http://ensino.iff.fiocruz.br/index.php/docsforms>) à apreciação da Coordenação/Supervisão de seu Programa.
- 3.2. Se deferida a pertinência pela Coordenação, o residente deverá encaminhar o formulário preenchido à Coordenação da Comissão de Residência-IFF, no prazo referido no item 1.15, para o e-mail [residencia@iff.fiocruz.br](mailto:residencia@iff.fiocruz.br), para apreciação do pedido, em até 30 dias.
- 3.3. Obtido o aceite da Coordenação da Comissão de Residência-IFF e do Coordenador/Supervisor do Programa, a SECADEM-IFF irá encaminhar à Comissão de Residência ou setor responsável na instituição de origem, a concordância com o “[Termo de Aceite do Estágio Optativo no IFF – Quando houver programa ou convênio](http://ensino.iff.fiocruz.br/index.php/docsforms)” (disponível em: <http://ensino.iff.fiocruz.br/index.php/docsforms>) preenchido, contendo o plano (60 horas/semanais), período, local e profissional que ficará responsável pelo seu estágio. A SECADEM-IFF deverá encaminhar o referido termo de aceite, no máximo em 30 (trinta) dias.
- 3.4. O residente deverá encaminhar à SECADEM-IFF uma “[Carta de Apresentação](#)” no 1º dia do estágio optativo, contendo o nome do residente, a área e programa de atuação na instituição de origem, a área e programa de estágio no IFF, bem como o período de sua realização. A carta deverá constar os dados do seguro contra acidentes pessoais do residente (nome da seguradora, CNPJ e apólice), declaração de carteira de vacinação atualizada e que o mesmo esteja ciente que os custos de transporte, alimentação e moradia serão de sua inteira responsabilidade. Por fim, deverá ser assinada e carimbada pelo residente e representante da instituição de origem.
- 3.5. Antes do início do estágio o residente externo deverá comparecer na SECADEM-IFF (Av. Rui Barbosa, 716-Flamengo/Rio de Janeiro- 4º andar prédio do Ensino) para efetuar seu cadastro institucional, junto com os seguintes documentos:
  - [Formulário de Matrícula](#) preenchido com 1 (uma) foto 3x4;
  - [Carta de Apresentação](#) (de acordo com o item 3.4);
  - Cópia simples da Carteira do Conselho Regional;
  - Ficha de Avaliação e Ficha de Frequência da instituição de origem – que deverá ser entregue ao Coordenador/ Supervisor do Programa no IFF/ Fiocruz.
- 3.6. A SECADEM-IFF somente emitirá declaração de conclusão do estágio optativo mediante apresentação da [Ficha de Avaliação](#) e da [Ficha de Frequência](#) originais com assinatura e carimbo do responsável pela coordenação/supervisão do estágio no IFF.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

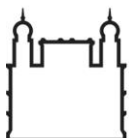


IFF

INSTITUTO NACIONAL  
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE | FERNANDES FIGUEIRA

#### 4. FLUXO DE SOLICITAÇÃO DE ESTÁGIO OPTATIVO POR RESIDENTES DE OUTRA INSTITUIÇÃO NO IFF (QUANDO NÃO HOUVER PROGRAMA CORRESPONDENTE E CONVÊNIO)

- 4.1. Quando não houver programa correspondente sob responsabilidade das Coordenações de Residência do IFF, as demandas deverão ser encaminhadas para fins de elaboração de convênio interinstitucional através da Cogeplan/ Fiocruz.
- 4.2. Excepcionalmente, enquanto não houver a celebração do convênio citado e com o objetivo de não restringir o acesso, nem impedir o início do rodízio de residentes, encaminhar-se-á pela formalização de acordo entre as instituições, ressalvando que nova demanda deverá aguardar a celebração do respectivo convênio.
- 4.3. O referido acordo deverá ser formalizado, no mínimo, através do seguinte fluxo entre as seguintes instâncias e respectivas responsabilidades:
  - 4.3.1. O residente externo deverá submeter o **[“Formulário de Solicitação de Estágio Optativo no IFF – Quando não houver programa e convênio”](http://ensino.iff.fiocruz.br/index.php/docsforms)** (disponível em: <http://ensino.iff.fiocruz.br/index.php/docsforms>) à apreciação da Coordenação/ Supervisão de seu Programa.
  - 4.3.2. Se deferida a pertinência pela Coordenação/ Supervisão de seu Programa, o residente deverá encaminhar o formulário preenchido à Coordenação da Comissão de Residência-IFF, no prazo referido no item 1.15, para o e-mail [residencia@iff.fiocruz.br](mailto:residencia@iff.fiocruz.br), que procederá contato com as instâncias para apreciação do pedido, em até 30 dias, conforme a seguir:
    - 4.3.2.1. Coordenação de Ensino: recebe a demanda, avalia e encaminha para Colegiado da respectiva Área de Atenção ou Coordenação Diagnóstica e Terapêutica para avaliação e deliberação.
    - 4.3.2.2. Colegiado da Área de Atenção ou Coordenação Diagnóstica e Terapêutica: encaminha para a UP respectiva, caso houver, que avaliará a demanda a partir de critérios mínimos e requisitos necessários para acolhimento. Nesse caso, a UP respectiva deverá submeter sua decisão para deliberação no Colegiado da Área de Atenção ou Coordenação Diagnóstica Terapêutica.
      - 4.3.2.2.1. Critérios mínimos para avaliação da demanda de intercâmbio pela UP, quando houver, ou pelo Colegiado da Área de Atenção ou Coordenação Diagnóstica Terapêutica:
        - Disponibilidade/titulação mínima de supervisão e preceptoria na área da especialidade pretendida;
        - Não interferência com as atividades de outros programas de qualquer nível de Ensino do Instituto (capacitação, especialização, residência) que eventualmente compartilham desse mesmo cenário de prática;



- Capacidade de absorção pelo cenário prática de mais uma demanda de atividades (recursos humanos, de infraestrutura, materiais e espaço físico);
- Especificamente em relação às demandas oriundas de Programas de Residência, inviabilidade de imputação de ônus para o IFF na oferta aos alunos/residentes visitantes de outros programas de alguns direitos/facilidades disponibilizados aos residentes do IFF (refeições/ alojamento/ estacionamento).

4.3.2.2.2. Requisitos necessários para acolhimento da demanda de intercâmbio pela UP, quando houver, ou pelo Colegiado da Área de Atenção ou Coordenação Diagnóstica Terapêutica:

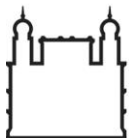
- Quantitativo máximo de alunos/residentes por rodízio;
- Escala mensal e da semana-padrão (treinamento em serviço e canal teórico);
- Meses do ano que serão disponibilizados para o rodízio;
- Sistemática de avaliação e frequência dos residentes.

4.3.2.3. Coordenações de Ensino e Atenção: recebem deliberação do Colegiado da Área de Atenção ou Coordenação Diagnóstica Terapêutica e avaliam e encaminham parecer para Direção.

4.3.2.4. Direção: recebe parecer das Coordenações de Ensino e Atenção e encaminha ofício em resposta à instituição demandante.

4.3.3. Obtido o aceite da Direção-IFF, a SECADEM-IFF irá encaminhar à Comissão de Residência ou setor responsável na instituição de origem, a concordância com o **[“Termo de Aceite do Estágio Optativo no IFF – Quando não houver programa e convênio”](http://ensino.iff.fiocruz.br/index.php/docsforms)** (disponível em: <http://ensino.iff.fiocruz.br/index.php/docsforms>) preenchido, contendo o plano (60 horas/semanais), período, local e profissional que ficará responsável pelo seu estágio. A SECADEM-IFF deverá encaminhar o referido termo de aceite, no máximo em 30 (trinta) dias.

4.3.4. O residente deverá encaminhar à SECADEM-IFF uma **[“Carta de Apresentação”](#)** no 1º dia do estágio optativo, contendo o nome do residente, a área e programa de atuação na instituição de origem, a área de estágio no IFF, bem como o período de sua realização. A carta deverá constar os dados do seguro contra acidentes pessoais do residente (nome da seguradora, CNPJ e apólice), declaração de carteira de vacinação atualizada e que o mesmo esteja ciente que os custos de transporte, alimentação e moradia serão de sua inteira responsabilidade. Por fim, deverá ser assinada e carimbada pelo residente e representante da instituição de origem.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



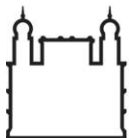
IFF

INSTITUTO NACIONAL | FERNANDES FIGUEIRA  
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

4.3.5. Antes do início do estágio o residente externo deverá comparecer na SECADEM-IFF (Av. Rui Barbosa, 716-Flamengo/Rio de Janeiro- 4º andar prédio do Ensino) para efetuar seu cadastro institucional, junto com os seguintes documentos:

- [Formulário de Matrícula](#) preenchido com 1 (uma) foto 3x4;
- [Carta de Apresentação](#) (de acordo com o item 4.3.4);
- Cópia simples da Carteira do Conselho Regional;
- Ficha de Avaliação e Ficha de Frequência da instituição de origem – que deverá ser entregue ao Coordenador/ Supervisor do Programa.

4.4.A SECADEM-IFF somente emitirá declaração de conclusão do estágio optativo mediante apresentação da [Ficha de Avaliação](#) e da [Ficha de Frequência](#) originais com assinatura e carimbo do responsável pela coordenação/ supervisão do estágio no IFF.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



**IFF**

INSTITUTO NACIONAL | FERNANDES FIGUEIRA  
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ESTÁGIO OPTATIVO EXTERNO AO IFF  
(RESIDENTE IFF PARA OUTRA INSTITUIÇÃO)**

Nome do Residente: \_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Matricula: \_\_\_\_\_ Ano da admissão: \_\_\_\_\_

Modalidade:  Médica       Uniprofissional       Multiprofissional

Programa: \_\_\_\_\_

Coordenador/ Supervisor do Programa: \_\_\_\_\_

Instituição de Destino: \_\_\_\_\_

Programa da Instituição de Destino: \_\_\_\_\_

Coordenador/ Supervisor responsável da Instituição de Destino: \_\_\_\_\_

Período: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_.

Justificativa e objetivos:

---

---

---

---

---

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

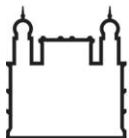
\_\_\_\_\_  
Residente/assinatura

De acordo

\_\_\_\_\_  
Coordenação/ Supervisão do Programa-IFF/assinatura/carimbo

\_\_\_\_\_  
Coordenação da Comissão de Residência-IFF/assinatura/carimbo





Ministério da Saúde  
FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



**IFF**  
INSTITUTO NACIONAL  
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE | FERNANDES FIGUEIRA

**TERMO DE ACEITE DE ESTÁGIO OPTATIVO EXTERNO AO IFF  
(RESIDENTE IFF PARA OUTRA INSTITUIÇÃO)**

Nome do Residente: \_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Matricula: \_\_\_\_\_ Ano da admissão: \_\_\_\_\_

Modalidade:  Médica       Uniprofissional       Multiprofissional

Programa: \_\_\_\_\_

Coordenador/ Supervisor do Programa: \_\_\_\_\_

Instituição de Destino: \_\_\_\_\_

Programa/ Área da Instituição de Destino: \_\_\_\_\_

Coordenador/ Supervisor responsável da Instituição de Destino: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

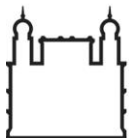
Período: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_.

**Plano de Trabalho (60h/ semanais):**

Atividades Propostas

\_\_\_\_\_  
Coordenação/ Supervisão do Programa/assinatura/carimbo

\_\_\_\_\_  
Coordenação da Comissão de Residência /assinatura/carimbo



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



IFF

INSTITUTO NACIONAL  
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE | FERNANDES FIGUEIRA

**MODELO DE CARTA DE APRESENTAÇÃO  
(RESIDENTE IFF PARA OUTRA INSTITUIÇÃO)**

## CARTA DE APRESENTAÇÃO

Apresento o/a residente \_\_\_\_\_  
da área \_\_\_\_\_ matriculado (a) no Programa de Residência  
\_\_\_\_\_ – R\_\_ para realização de Estágio Externo junto à equipe da  
área \_\_\_\_\_ da Instituição \_\_\_\_\_,  
no período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_.

Informamos que o residente apresentou carteira de vacinação, seguro de  
acidentes pessoais da seguradora \_\_\_\_\_, CNPJ  
\_\_\_\_\_ e apólice nº \_\_\_\_\_. E  
está ciente de que os custos de transporte, alimentação e moradia serão de sua inteira  
responsabilidade.

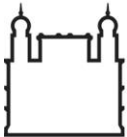
Rio de Janeiro, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Residente**

IFF/Fiocruz

\_\_\_\_\_  
**Secretaria Acadêmica**

IFF/Fiocruz



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



**IFF**

INSTITUTO NACIONAL | FERNANDES FIGUEIRA  
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ESTÁGIO OPTATIVO NO IFF**  
(RESIDENTE DE OUTRA INSTITUIÇÃO PARA IFF – QUANDO HOUVER PROGRAMA OU CONVÊNIO)

Nome do Residente: \_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Matricula: \_\_\_\_\_ Ano da admissão: \_\_\_\_\_

Modalidade:  Médica                       Uniprofissional                       Multiprofissional

Instituição de Origem: \_\_\_\_\_

Programa/ Área da Instituição de Origem: \_\_\_\_\_

Coordenador/ Supervisor responsável da Instituição de Origem: \_\_\_\_\_

Programa do IFF: \_\_\_\_\_

Coordenador/ Supervisor do Programa do IFF: \_\_\_\_\_

Período: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_.

Justificativa e objetivos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

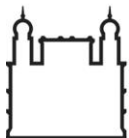
Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Residente/assinatura

De acordo

\_\_\_\_\_  
Coordenação/ Supervisão do Programa/assinatura/carimbo

\_\_\_\_\_  
Coordenação da Comissão de Residência /assinatura/carimbo



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



**IFF**

INSTITUTO NACIONAL | FERNANDES FIGUEIRA  
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

### TERMO DE ACEITE DE ESTÁGIO OPTATIVO NO IFF

(RESIDENTE DE OUTRA INSTITUIÇÃO PARA IFF – QUANDO HOUVER PROGRAMA OU CONVÊNIO)

Nome do Residente: \_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Matricula: \_\_\_\_\_ Ano da admissão: \_\_\_\_\_

Modalidade:  Médica       Uniprofissional       Multiprofissional

Instituição de Origem: \_\_\_\_\_

Programa da Instituição de Origem: \_\_\_\_\_

Coordenador/ Supervisor responsável da Instituição de Origem: \_\_\_\_\_

Programa do IFF: \_\_\_\_\_

Coordenador/ Supervisor do Programa: \_\_\_\_\_

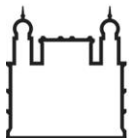
Período: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_.

**Plano de Trabalho (60h/ semanais):**

Atividades Propostas

\_\_\_\_\_  
Coordenação/ Supervisão do Programa/assinatura/carimbo

\_\_\_\_\_  
Coordenação da Comissão de Residência-IFF/assinatura/carimbo



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



IFF

INSTITUTO NACIONAL | FERNANDES FIGUEIRA  
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ESTÁGIO OPTATIVO NO IFF**  
**(RESIDENTE DE OUTRA INSTITUIÇÃO PARA IFF – QUANDO NÃO HOUVER PROGRAMA E CONVÊNIO)**

Nome do Residente: \_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Matricula: \_\_\_\_\_ Ano da admissão: \_\_\_\_\_

Modalidade:  Médica  Uniprofissional  Multiprofissional

Instituição de Origem: \_\_\_\_\_

Programa/ Área da Instituição de Origem: \_\_\_\_\_

Coordenador/ Supervisor responsável da Instituição de Origem: \_\_\_\_\_

Área do IFF: \_\_\_\_\_

Coordenador/ Supervisor da Área do IFF: \_\_\_\_\_

Período: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_.

Justificativa e objetivos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

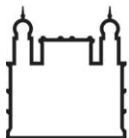
Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Residente/assinatura

De acordo

\_\_\_\_\_  
Coordenador/ Supervisor do Programa/assinatura/carimbo

\_\_\_\_\_  
Coordenação da Comissão de Residência /assinatura/carimbo



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



**IFF**

INSTITUTO NACIONAL | FERNANDES FIGUEIRA  
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

### TERMO DE ACEITE DE ESTÁGIO OPTATIVO NO IFF

(RESIDENTE DE OUTRA INSTITUIÇÃO PARA IFF – QUANDO NÃO HOUVER PROGRAMA E CONVÊNIO)

Nome do Residente: \_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Matricula: \_\_\_\_\_ Ano da admissão: \_\_\_\_\_

Modalidade:  Médica  Uniprofissional  Multiprofissional

Instituição de Origem: \_\_\_\_\_

Programa da Instituição de Origem: \_\_\_\_\_

Coordenador/ Supervisor responsável da Instituição de Origem: \_\_\_\_\_

Área do IFF: \_\_\_\_\_

Coordenador/ Supervisor da Área do IFF: \_\_\_\_\_

Período: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_.

**Plano de Trabalho** (60h/ semanais):

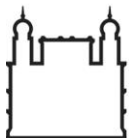
Atividades Propostas

\_\_\_\_\_  
Coleg. da Atenção ou Coord. Diag. e Terap.  
Assinatura/carimbo

\_\_\_\_\_  
Coordenação do Ensino  
assinatura/carimbo

\_\_\_\_\_  
Coordenação da Atenção  
assinatura/carimbo

\_\_\_\_\_  
Direção  
assinatura/carimbo



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



IFF

INSTITUTO NACIONAL | FERNANDES FIGUEIRA  
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

**FORMULÁRIO DE MATRÍCULA  
ESTÁGIO OPTATIVO NO IFF**

(RESIDENTE DE OUTRA INSTITUIÇÃO PARA IFF)

FOTO  
3X4

Exercício em \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Filiação: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cep: \_\_\_\_\_ / Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Telefones para contato: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Dados Pessoais:

Identidade: \_\_\_\_\_ Emitido em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Órgão: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Emitido em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Título de Eleitor: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_ Seção: \_\_\_\_\_

Certif. Militar: \_\_\_\_\_

Dados Acadêmicos:

Instituição de Ensino: \_\_\_\_\_

Ano em curso: \_\_\_\_\_ Diplomado em : \_\_\_\_\_

Carteira Regional: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Idioma(s): \_\_\_\_\_

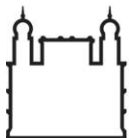
Entrada na Secretaria: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Início das Atividades: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Término das Atividades: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Coordenador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Residente(a)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



**IFF**

INSTITUTO NACIONAL  
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE | FERNANDES FIGUEIRA

## FICHA DE AVALIAÇÃO DE ESTÁGIO OPTATIVO – RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Preceptor/ Supervisor: \_\_\_\_\_

Residente: \_\_\_\_\_

Área de atuação: \_\_\_\_\_

Local de inserção: \_\_\_\_\_

Período: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

CRITÉRIOS	CONCEITO
<b>Assiduidade/pontualidade</b>	
É assíduo	
É pontual	
Cumprir com eficiência a carga horária exigida	
Cumprir regularmente as atividades previstas	
<b>Desempenho de atividades (descrever as atividades)</b>	
<b>Desempenho individual</b>	
Iniciativa	
Habilidade nos procedimentos técnicos	
Confiabilidade	
Responsabilidade	
Visão crítica do processo de aprendizagem	
Criatividade	
Interesse pelo trabalho	

CRITÉRIOS	CONCEITO
<b>Interesse e conhecimento científico</b>	
Capacidade de aplicar, de forma prática, a teoria inerente a sua área de atuação	
Participa assiduamente das atividades teóricas	
Busca informações complementares	
Procura atualizar-se com a produção científica	
Manifesta interesse na participação em atividades de pesquisa	





Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



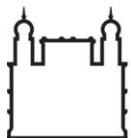
**IFF**

INSTITUTO NACIONAL | FERNANDES FIGUEIRA  
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

<b>Relacionamentos</b>	
<b>Em relação ao paciente/família</b>	
É sempre solícito	
É sempre atencioso	
Demonstra interesse no relacionamento com o paciente e sua família	
Apresenta controle emocional adequado	
<b>Em relação à equipe de saúde</b>	
É sempre cooperativo	
É sempre solícito	
Demonstra adaptabilidade e entrosamento com a equipe	
<b>Em relação à instituição</b>	
Utiliza adequadamente o material de consumo e os equipamentos	
Zela pela preservação e manutenção dos equipamentos	
Preocupa-se com a relação custo/benefício ao utilizar material, equipamentos e insumos	
<b>MÉDIA FINAL</b>	
<b>CONCEITO FINAL</b>	

**OS CONCEITOS REPRESENTAM AS SEGUINTE NOTAS:**

- I – Conceito A – Excelente (equivalente a notas entre 9,0 e 10,0)
- II – Conceito B – Bastante suficiente (equivalente a notas entre 7,5 e 8,9)
- III – Conceito C – Suficiente (equivalente a notas entre 6,0 e 7,4)
- IV – Conceito D – Insuficiente (equivalente a notas menores que 6,0)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



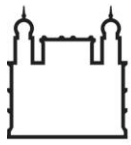
### FICHA DE AVALIAÇÃO DE ESTÁGIO OPTATIVO – RESIDÊNCIA MÉDICA

Departamento de Ensino – ano \_\_\_\_\_ .

Programa de Residência Médica: \_\_\_\_\_ .

Residente: \_\_\_\_\_

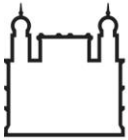
Avaliação de desempenho	Pontuação	Nota do Residente	
		Período: / / a / / Setor:	Período: / / a / / Setor:
Cuidado do paciente	1		
Conhecimento e habilidades práticas	2		
Habilidade de relacionamento interpessoal e de comunicação	1		
Profissionalismo	1		
Conhecimento do sistema de saúde	1		
Conhecimento médico	4		
<b>Frequência:</b> atividades específicas do Programa	100%		
<b>Soma total</b>	<b>10</b>		
<b>Média final</b>	<b>10</b>		
Assinatura e Carimbo do Preceptor/Supervisor do Programa			
Assinatura do Médico Residente			



## Avaliação do residente – baseada em competências \*

Competência		Habilidades esperadas	Onde/como avaliar	Avaliação/ Nota
<b>Cuidado do paciente</b>	Cuidado apropriado e efetivo para o tratamento dos problemas de saúde e promoção da saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>Obtenção de dados e informações essenciais e acuradas sobre seu paciente; fazer uma anamnese completa e exame físico; e solicitar exames e providências apropriadas. Registrar decisões diagnósticas e de tratamento; analisar e sintetizar informações; saber qual o seu limite de conhecimento e expertise e solicitar auxílio se necessário. Desenvolver o cuidado de pacientes ambulatoriais, prescrevendo e realizando procedimentos e aconselhando pacientes e familiares.</li> <li>Diagnóstico e manejo da afecção clínica ou cirúrgica</li> <li>Aconselhamento ao paciente e família</li> <li>Efetivo uso da informação e tecnologia disponível</li> <li>Sensibilidade no manejo das situações socioculturais</li> </ul>	Análise do prontuário, rounds, apresentação do caso do paciente, uso dos recursos adequado	
<b>Conhecimento e habilidades práticas</b>	Conhecimento e habilidades práticas e aprimoramento que envolve avaliação do cuidado de seu próprio paciente e assimilação das evidências científicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Investigação e evolução de seu paciente</li> <li>Assimilação das evidências científicas e seu uso para o cuidado de seu paciente</li> <li>Participação em sua melhora contínua através de autoavaliação e educação continuada. Saber aprender com os erros</li> <li>Desempenho em plantões</li> </ul>	Observação nos Rounds, beira do leito, ambulatório, situações de emergência	
<b>Habilidade de relacionamento interpessoal e de comunicação</b>	Que resulte em efetiva troca de informações com a equipe de saúde, com os pacientes e seus familiares	<ul style="list-style-type: none"> <li>Efetiva troca de informações com a equipe de saúde, com os pacientes e seus familiares</li> <li>Adequação no registro de documentação médica</li> <li>Interação com os outros membros da equipe de saúde</li> <li>Habilidade de trabalhar em grupo com pacientes, colegas e outros profissionais</li> <li>Organização</li> <li>Iniciativa</li> </ul>	Observação da interação com pacientes e família e com colegas e dos documentos produzidos pelo MR	
<b>Profissionalismo</b>	Manifestado pelo comprometimento em assumir responsabilidades profissionais, aderência aos princípios éticos e sensibilidade em lidar com a diversidade da população.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comprometimento em assumir responsabilidades profissionais</li> <li>Aderência aos princípios éticos</li> <li>Sensibilidade em lidar com a diversidade da população. Relação médico-paciente respeitosa</li> <li>Comportamento ético adequado</li> <li>Controle emocional</li> <li>Assiduidade/pontualidade</li> <li>Cuidado com o material e equipamentos da instituição</li> </ul>	Observação de preceptores, colegas, outras categorias profissionais, pacientes e familiares. Registro de ponto	
<b>Conhecimento do sistema de saúde</b>	Manifestado por ações que demonstrem atenção e responsabilidade em relação ao contexto geral da saúde e habilidade de utilizar os recursos do sistema para providenciar melhor cuidado ao seu paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atenção e responsabilidade em relação ao contexto geral da saúde</li> <li>Habilidade de utilizar os recursos do sistema para providenciar melhor cuidado ao seu paciente</li> <li>Estar atento ao custo-benefício e risco-benefício em todas suas ações</li> <li>Atenção à promoção e prevenção em saúde</li> <li>Eficiência no manejo do tempo, o que reflete qualidade no cuidado</li> </ul>	Observação nos Rounds, beira do leito, ambulatório, na conversa com preceptores, colegas, pacientes e outras categorias profissionais	
<b>Conhecimento médico</b>	Envolvendo conteúdo biomédico, clínico e ciências correlatas (ex. epidemiologia e comportamento social) e a aplicação desse conhecimento no cuidado do paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>Compreensão e habilidade na aplicação dos conhecimentos ao lado descritos</li> <li>Manejo de banco de dados</li> <li>Avaliação crítica de novas informações</li> <li>Saber, avaliar criticamente e utilizar a melhor evidência científica para o cuidado de seu paciente</li> <li>Participação em atividades teóricas</li> </ul>	<p>a) Prova escrita, prova oral</p> <p>b) Observação da participação nos rounds ou reuniões clínicas ou de discussão de casos</p>	

\*- Baseada nas seis competências que o Residency Review Committees do Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) julga serem necessárias a todos os médicos.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



**IFF**

INSTITUTO NACIONAL | FERNANDES FIGUEIRA  
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

### FICHA DE FREQUÊNCIA DAS ESTRATÉGIAS EDUCACIONAIS PRÁTICAS

NOME: \_\_\_\_\_

ÁREA PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_ PROGRAMA: \_\_\_\_\_

MÊS: \_\_\_\_\_ ANO: \_\_\_\_\_

UNIDADE: \_\_\_\_\_

Dia	Hora de Entrada	C.H./Dia	Atividades	Rubrica residente	Rubrica preceptor
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

Total de horas no mês: \_\_\_\_\_ h

Assinatura do Responsável pelo serviço \_\_\_\_\_ Carimbo: