PROGRAMA DE INTERCÂMBIOS DO COMITÊ BRASILEIRO DAS LIGAS DE TRAUMA

FICHA DE CADASTRAMENTO DE SERVIÇOS

1. **Nome da Instituição:**_____
2. **Tempo de Funcionamento:**_____
3. **Esfera de governo a que pertence:** □ **Federal** □ **Estadual** □ **Municipal** □ **Particular**
4. **Cidade – Estado:**_____
5. **Endereço completo:**_____
6. **Homepage:**_____
7. **E-mail:**_____
8. **Hospital Universitário:** □ **Sim** □ **Não** □ **Não, mas possui vínculo com universidade.**
9. **Especialidades disponíveis no serviço a ser cadastrado no programa de intercâmbios:**_____
   _____
   _____
   _____
   _____
10. **Oferece vagas para Residência Médica:** □ **Sim** □ **Não. Em quais especialidades?**_____

_____

_____

11. **Oferece hospedagem do intercambista no hospital: □ Sim □ Não**
12. **Oferece área de repouso acessível ao intercambista durante os plantões: □ Sim □ Não**
13. **Possui refeitório próprio: □ Sim □ Não**
14. **O intercambista tem direito a refeição gratuita no refeitório do hospital: □ Sim □ Não**
15. **Possui centro de estudos, biblioteca ou ambiente similar: □ Sim □ Não**
16. **Possui rotina de programações científicas (aulas, palestras, cursos): □ Sim □ Não**
17. **Possui algum tipo de programa de estágio para estudantes de medicina: □ Sim □ Não**
18. **Qual a média mensal de atendimentos no serviço de emergência:_____atendimentos / mês.**
19. **Qual a média mensal de cirurgias realizadas no centro cirúrgico:_____ cirurgias / mês.**
20. **Faça uma descrição da estrutura física do serviço de emergência (pavimentos, leitos, enfermarias, postos de enfermagem, salas de pequenas cirurgias, etc.):**

    _____

    _____

    _____

    _____

    _____

    _____

21. **Faça uma descrição da estrutura física do centro cirúrgico (pavimentos, salas, equipamentos disponíveis):**

    _____

    _____

_____

_____

_____

_____

22. **Faça uma descrição da Unidade de Terapia Intensiva (pavimentos, leitos, postos de enfermagem, equipamentos disponíveis):**_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

23. **Número de vaga(s) disponibilizadas para intercâmbio:**____
24. **O hospital já possui alguma experiência com recepção de estudantes visitantes:** □ **Sim** □ **Não**
25. **Há algum período específico do ano no qual estas vagas estão, ou não, disponíveis:**_____

_____

_____

_____

26. **Carga horária <u>mínima</u> a ser cumprida pelo intercambista (incluindo plantões, visitas a enfermarias e atividades científicas): _____ horas.**
27. **Carga horária <u>sugerida</u> a ser cumprida pelo intercambista (incluindo plantões, visitas a enfermarias e atividades científicas): _____ horas.**

Assinatura (e carimbo) do funcionário do hospital responsável pelas informações acima:

_____