

	Procedimento Operacional Padrão (POP)		
	<u>Núcleo de Educação e Pesquisa em Enfermagem:</u> <u>Administrativo</u>	<b>POP NEPEN/DE/HU</b>	
	Título  <b>Solicitação de Estágios de Aperfeiçoamento Profissional de Enfermagem</b>	Versão: 02	Próxima revisão: 2019
Elaborado por: Melissa Orlandi Honório Locks		Data da criação: 02/07/2014	
Revisado por: Membros permanentes do NEPEN		Data da revisão: 11/08/2015 Data da 2º revisão: 31/10/2017	
Aprovado por: Diretoria de Enfermagem		Data da aprovação: 31/10/2017	
Local de guarda do documento: Rede/obelix/POP			
Responsável pelo POP e pela atualização: Membros permanentes do NEPEN e Diretoria de Enfermagem.			
Objetivo: Orientar os profissionais da enfermagem quanto aos pedidos, prazos e informações necessárias à solicitação de estágio para aperfeiçoamento profissional nas unidades do HU.			
Setor: NEPEN		Agente(s): NEPEN	
<b>1. CONCEITO</b>			
Os estágios de aperfeiçoamento são destinados aos profissionais que tenham concluído sua formação de nível superior ou nível médio na enfermagem, que necessitam aprofundar seus conhecimentos teórico-práticos em alguma área específica da instituição.			

## 2. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Documento de solicitação de estágio de aperfeiçoamento profissional (Anexo I).

## 3. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Os estágios de Aperfeiçoamento Profissional poderão ser solicitados por enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem com formação concluída comprovada por documento original ou autenticado;

2. Este estágio poderá ser realizado apenas nos meses não letivos: janeiro, fevereiro, julho e dezembro. Casos omissos serão discutidos em reunião do NEPEN;
3. O estágio no período noturno deverá ocorrer no período das 18:00 às 22:00 horas apenas;
4. É responsabilidade do profissional acordar com o enfermeiro da unidade para supervisionar o estágio, devendo este assinar documento de solicitação, conforme anexo I;
5. O profissional interessado deverá pagar taxa de seguro em agência bancária contra acidentes pessoais;
6. Encaminhar ao NEPEN os seguintes documentos: cópia do seguro, cópia do certificado de conclusão de curso e projeto contendo objetivos e cronograma do estágio;
7. O NEPEN encaminhará o aviso à unidade quanto ao início do estágio;
8. A carga horária para a realização do estágio deverá ser no mínimo 60 horas e no máximo 120 horas. Caso o profissional tiver interesse em desenvolver carga horária superior a 120 horas, deverá respeitar o intervalo de 35 (trinta e cinco) dias, reiniciando o processo de solicitação;
9. O estagiário deverá preencher diariamente a ficha de frequência (Anexo II), com assinatura do enfermeiro supervisor;
10. Ao final do estágio, o profissional deverá encaminhar ao NEPEN a ficha de frequência para a emissão das declarações (supervisor e supervisionado - Anexo III e IV), que deverá ser assinada pela coordenadora do NEPEN.

## ANEXO I

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – HU – HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO E PESQUISA EM ENFERMAGEM**

**3º andar do Hospital Universitário**

**Telefone: (48) – 3721-9188**

E-mail: cepenhu.ufsc@gmail.com

### **Orientações para realização de Treinamento para Aperfeiçoamento Profissional**

Pode ser realizado nos meses não letivos: janeiro, fevereiro, julho e dezembro.

É responsabilidade do profissional encontrar um enfermeiro para supervisionar o estágio;

Após o aceite do supervisor e da instituição o interessado deverá pagar taxa de seguro em agência bancária contra acidentes pessoais e após trazer ao NEPEN os seguintes documentos: **cópia do seguro, cópia do certificado de conclusão de curso e projeto contendo objetivos e cronograma do estágio.**

Após a apresentação dos documentos ao NEPEN será encaminhado o aviso à unidade quanto ao início do estágio.

Em relação a carga horária para a realização do treinamento, o máximo permitido é de 120 horas. Caso o profissional tiver interesse em desenvolver mais horas de treinamento, em outras unidades, deverá respeitar o intervalo de 35 (trinta e cinco) dias.

**Observação:** Segue abaixo os telefones das unidades que estão disponíveis para a realização de Treinamento para Aperfeiçoamento Profissional

Clínica Médica 1 Internação	(48) 37219106/9107
Clínica Médica 2 Internação	(48) 37219156/9161
Clínica Médica 3 Internação	(48) 37219175/9105
CIAM – Central Aleitamento Materno	(48) 37218019
Comissão de Infecção Hospitalar	(48) 37219869
Clínica Cirúrgica I	(48) 37219159/9172
Clínica Cirúrgica II	(48) 37219860/9862
Central Telefônica	(48) 37219140
NEPEN	(48) 37219188
Clínica GNC (2º P.) Internação	(48) 37219875
Clínica Pediátrica	(48) 37219146/9141
C.O - Chefia	(48) 37218020
- Posto Enfermagem	(48) 37218022
Diretorias	(48) 37219164/9165
Emergência - Posto Enfº	(48) 37219189

Emergência Pediátrica	(48) 37219870/8052
<b>Informações Gratuitas</b>	<b>0800310102</b>
<b>Maternidade: Alojamento Conjunto</b>	(48) 37218016
<b>Centro Obstétrico</b>	(48) 37218022
<b>UTI - NEO</b>	(48) 37218033
<b>Central de Incentivo ao Aleitamento Materno</b>	(48) 37218019
Triagem Obstétrica	(48) 37218037
UTD (Hemodiálise)	(48) 37219174/9309

### SOLICITAÇÃO DE TREINAMENTO PARA APERFEIÇOAMENTO PROFISSIONAL

NOME DO PROFISSIONAL:	
ESCOLA FORMADORA:	
SUPERVISOR:	
UNIDADE SOLICITADA:	
PERÍODO:	
_____	_____
ASSINATURA DO SUPERVISOR	ASSINATURA DO NEPEN/HU



### ANEXO III



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO – TRINDADE- CAIXA POSTAL 476  
CEP: 88010-970 – FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA  
TELEFONE (48) 3721-9000 – TELEFAX (48) 3234- 4069

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que \_\_\_\_\_ supervisionou o estágio do(os) aluno(s) \_\_\_\_\_ na (unidade de estágio) no período de \_\_\_\_\_, perfazendo um total de \_\_\_\_\_ horas.

O referido é verdade e dou fé.

Florianópolis, xx de xxx de 20xx.

---

***Enf<sup>a</sup> Nádia Chiodelli Salum***  
***Coord. CEPEn/DE/HU/UFSC***

## ANEXO IV



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO – TRINDADE- CAIXA POSTAL 476  
CEP: 88010-970 – FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA  
TELEFONE (48) 3721-9000 – TELEFAX (48) 3234- 4069

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que (Aluno) realizou o estágio profissional na (unidade de estágio) no período de \_\_\_\_\_, o qual foi supervisionado pelas enfermeiras \_\_\_\_\_, perfazendo um total de \_\_\_\_\_ horas.

O referido é verdade e dou fé.

Florianópolis, xx de xxx de 20xx.

---

***Enf<sup>a</sup> Nádia Chiodelli Salum***  
***Coord. CEPEn/DE/HU/UFSC***