

FICHA DE INTENÇÃO PARA TRABALHO VOLUNTÁRIO

Hospital: *

☒ HMC - Hospital Marcelino Champagnat

☐ HUC - Hospital Universitário Cajuru

1. DADOS PESSOAIS

Nome: *

..

Data de Nascimento: *

DD MM AAAA

09 / 11 / 2025

Local de Nascimento: *

.

RG (Registro Geral): *

.

.....

CPF: *

.

.....

Estado Civil: *

☒ Solteiro (a)☐ Casado (a)☐ Divorciado (a)☐ Separado (a) Judicialmente☐ Viúvo (a)

Nome do cônjuge:

.

.....

Nome do Pai:

.

.....

Nome da Mãe: *

.

.....

Endereço Residencial: *

.....

Número: *

.....

Bairro: *

.....

Cidade: *

.....

CEP: *

.....

Telefone Residencial:

.....

Celular: *

.....

Religião

.....

E-mail *

.....

Escolaridade / Curso: *

.....

Local de Trabalho: *

.....

Telefone: *

.....

Ocupação: *

☒ Aposentado (a)

☐ Empregado (a)

☐ Autônomo (a)

☐ Do lar

☐ Outro:

Faz tratamento de saúde/acompanhamento médico: *

☐ Sim

☒ Não

Para?

.....

Qual tipo de transporte utiliza para chegar ao hospital? *

.....

Como ficou sabendo do voluntariado? *

.....

2. EXPERIÊNCIAS

Já trabalhou como voluntário? *

☐ Sim

☒ Não

Onde?

.....

Fez parte de algum grupo de voluntariado? *

☒ Sim

☐ Não

Qual?

.

De que maneira você acha que pode contribuir com o voluntariado? O que é ser voluntário para você? *

.

Tem alguma habilidade musical? *

☐ Sim

☒ Não

Qual?

.

Você se sente à vontade para auxiliar um paciente na alimentação? *

☐ Sim

☒ Não

3. Qual a disponibilidade para exercer o voluntariado? (Máx 15 hs semanais – M/T/N até às 22 hs)

Dias da semana disponíveis (Entre segunda - feira e sexta -feira): *

.

Horários disponíveis:

*

Exemplo de resposta: "Segunda - feira: 14:00 às 18:00" | Quarta - feira: 13:30 às 17:30"

.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários