



1 NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO OU ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2 DISCIPLINA (GRADUAÇÃO) (OBS. INFORMAR APENAS UMA DISCIPLINA POR FORMULÁRIO)

3. CURSO E PERÍODO LETIVO

3.B CARGA HORÁRIA DA DISCIPLINA DO ESTÁGIO NO CENÁRIO DE PRÁTICA

4 NÍVEL

☐

FUNDAMENTAL

☐

MÉDIO

☐

GRADUAÇÃO

☐

PÓS-GRADUAÇÃO

☐

ESPECIALIZAÇÃO

☐

MESTRADO / DOUTORADO

5 TIPO DE ATIVIDADE CURRICULAR

☐

ESTÁGIO

☐

ENSINO CLÍNICO

☐

VISITA DE OBSERVAÇÃO / TÉCNICA

☐

ATIVIDADE DE CAMPO

☐

TCC / MONOGRAFIA / PESQUISA

6 CENÁRIO DE PRÁTICAS SUGERIDO (EQUIPAMENTO DE SAÚDE)

GRUPO	Nº ALUNOS	CARGA HORÁRIA DIÁRIA	PERÍODO DE REALIZAÇÃO		DIAS DA SEMANA							TURNOS		
			DATA INÍCIO	DATA TÉRMINO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO	MANHÃ	TARDE	NOITE
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
TOTAL														

7 EMENTA DA DISCIPLINA		
Nº	ATIVIDADES PROPOSTAS	ESPECIFICAÇÃO
1		
2		
3		
4		
5		
8 O ACESSO AO CENÁRIO DE PRÁTICA PARA ATIVIDADE COM ESTUDANTE NÃO DÁ DIREITO AO USO DAS INFORMAÇÕES PARA PUBLICAÇÕES, PROJETOS E PESQUISA SEM A DEVIDA AVALIAÇÃO DA SMSA / SUS-BH		
9 ACOMPANHAMENTO DO(A) PROFESSOR(A) ORIENTADOR(A)		
DIAS DA SEMANA ☐ SEGUNDA ☐ TERÇA ☐ QUARTA ☐ QUINTA ☐ SEXTA ☐ SÁBADO ☐ DOMINGO		HORÁRIO _____ : _____ ÀS _____ : _____.
10 NOME COMPLETO DO(A) PROFESSOR(A) ORIENTADOR(A)		
NOME SOCIAL (CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE QUE DISPÕE SOBRE O USO DE NOME SOCIAL DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS)		
TELEFONE	E-MAIL	
DATA	ASSINATURA	
11 NOME COMPLETO DO(A) COORDENADOR(A) DO CURSO		
NOME SOCIAL (CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE QUE DISPÕE SOBRE O USO DE NOME SOCIAL DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS)		
TELEFONE	E-MAIL	
DATA	ASSINATURA	