**PLANO DE ATIVIDADES DE ESTÁGIO EXTERNO OPTATIVO**

**Residente**: (NOME)

**Curso**: Programa de Residência Multiprofissional em Reabilitação Física

**DADOS DA INSTITUIÇÃO FORMADORA** (Instituição de Ensino Superior do estágio)

**Nome**:

**CNPJ**:

**Endereço**:

**Regime**: (Público ou provado)

**DADOS DA INSTITUIÇÃO EXECUTORA** (Estabelecimento de saúde: hospital, centro)

**Nome**:

**CNPJ**:

**Endereço**:

**Regime**: (Público ou provado)

**DADOS DO PRECEPTOR DE ESTÁGIO EXTERNO RESPONSÁVEL**

**Nome**:

**Formação**:

**Titulação**:

**Registro profissional**:

**Área de atuação**:

**DADOS DO ESTÁGIO**

**Período:**

**Unidade(s) do hospital:**

**Objetivos**

(i) [...]

(ii) [...]

(iii) [...]

**Descrição das Atividades**

(i) [...]

(ii) [...]

(iii) [...]

**Critérios de Avaliação**

(i) Ficha de Avaliação Conceitual

*Campo Grande, MS, (dia) de (mês) de (ano).*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome do residente  Residente de (PROFISSÃO)  Telefone  E-mail |  | Juliana Pedroso Bauab Geraldo  Coordenador do Premus-REAB  +55-67-3345-7768  [premusreab.inisa@ufms.br](mailto:premusreab.inisa@ufms.br) |  | Nome preceptor externo  (PROFISSÃO)  Telefone  E-mail |