**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL**

**ESTÁGIO OPTATIVO**

**PLANO DE ATIVIDADES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.Dados de Identificação do Profissional Residente** | | | |
| Residente: | | | CPF: |
| Email: | | Telefone: | |
| Ano de Residência: | | | |
| **2. Dados do Programa de Origem** | | | |
| Nome da Instituição: | | | |
| Email: | | Telefone: | |
| Programa de Residência Multiprofissional: | | | |
| Coordenador do Programa de Residência Multiprofissonal: | | | |
| Email: | | Telefone: | |
| **3. Dados da Instituição de Destino** | | | |
| Nome da Instituição: Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde – ICEPi/SESA | | | |
| **4. Dados do Estágio Optativo** | | | |
| Período de Realização do Estágio Optativo: | | | |
| Local (is) de realização do Estágio Optativo: | | | |
|
| Responsável pela Supervisão: | | | |
| Email: | | Telefone: | |
| **5. Desenvolvimento (descrição das atividades práticas e teóricas a serem executadas no estágio):** | | | |
|
|
|
|
|
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.** | | |
| (Município) |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Médico Residente | Coordenador da COREMU/ICEPi | | Supervisor do Estágio Optativo |