**RELAÇÃO DE ESTUDANTES E PLANO DE ATIVIDADES PRÁTICAS**

|  |
| --- |
| Instituição de ensino:  |
| Número do COAPES:  | Vigência:  |
| Curso:  |
| Disciplina:  |
| Local das atividades: |
| Carga horária total (dentro da unidade de saúde): |
| Número total de estudantes:  |
| Data de início:  | Data de término:  |
| Total de dias de atividade no serviço de saúde:  |
| Dias da semana:  |
| Horário:  |
| Responsável pela disciplina:  |
| Registro profissional:  | Telefone:  |
| E-mail:  |

**RELAÇÃO DE ESTUDANTES**

|  |  |
| --- | --- |
| Nº | NOME COMPLETO |
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |
| 07 |  |
| 08 |  |

**PLANO DE ATIVIDADES DOS ESTUDANTES NO CENÁRIO DE PRÁTICA**

|  |
| --- |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Professor responsável Gestor(a) da unidade de saúde

 (carimbo e assinatura) (carimbo e assinatura)