**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)