

ANEXO II – DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES

PLANO DE ATIVIDADES

Curso:

Semestre:

Docente Responsável:

Disciplina:

Campo Prática: () APS () AAE () Urgência/Emergência

Início das atividades: __/__/__ **Encerramento das atividades:** __/__/__

Carga Horária diária: _____

Preceptor/ supervisor	Local	Dia/Horário	Nºde alunos por grupo	Nºatendimento por preceptor *

*se for o caso da abertura ou planejamento da agenda de atendimentos

Objetivo dos estudantes no campo prática:

- Anexar lista nominal dos alunos com os respectivos itinerários formativos

Documentação e cadastro para residências:

- a) Plano de atividades anual de cada residente;
- b) Documento comprobatório de matrícula do residente no sistema da Comissão Nacional de Residência Médica.