**DA INSTITUIÇÃO ONDE CUMPRIU O ESTÁGIO:**

|  |  |
| --- | --- |
| PAÍS: |  |
| ESTADO/PROVÍNCIA: |  | CIDADE:  |

|  |  |
| --- | --- |
| NOME DO HOSPITAL / SERVIÇO: |  |
| CONTATO: |  | TELEFONE: ( )  |
| E-MAIL:  |  |
| SETOR DO ESTÁGIO: |  |
| DURAÇÃO DO ESTÁGIO EM SEMANAS: |  |
| CARGA HORÁRIA SEMANAL: |  |

**DO ESTÁGIO:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. COBRANÇA DE TAXA PELO ESTÁGIO | ( ) SIM – TAXA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ NÃO ( ) |
| 2. O SERVIÇO OFERECEU ALOJAMENTO | ( ) SIM ( ) NÃO  |
| 3. VOCÊ FOI BEM RECEBIDO PELOS MEMBROS DO *STAFF* E PELOS OUTROS RESIDENTES? |
| 4. DESCREVA A ROTINA DE ATIVIDADES DURANTE O ESTAGIO |
| 5. VOCE RECEBEU *FEEDBACK* SOBRE O SEU DESEMPENHO NO ESTAGIO? |
| 6. EM SUA OPINIÃO, QUAL O DESTAQUE DESTE ESTÁGIO.  |
| 7. APRESENTE SUCINTAMENTE SUGESTÕES, EXPERIÊNCIAS E AFINS. |
| 8. VOCÊ RECOMENDARIA ESTE ESTÁGIO PARA OUTRO COLEGA? ( ) SIM ( ) NÃO – JUSTIFIQUE:  |

**DO MÉDICO RESIDENTE**

|  |  |
| --- | --- |
| NOME COMPLETO: |  |
| NOME DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA QUE ESTÁ MATRICULADO |  |
| NÍVEL: | ( ) R1 ( ) R2 ( ) R3 ( ) R4 ( ) R5 |