**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 | | |