

Residente médico (a): _____

Programa de Residência Médica: _____

Período do estágio opcional: _____

Carga horária total do estágio opcional: _____

A. Descrição do Cronograma:

B. Descrição das atividades:

Eu, supervisor do Programa de Residência Médica, asseguro que há capacidade da área para absorver o estágio opcional e que este não gera conflito com o Programa de Residência do HRMS.

Assinatura do Supervisor do Programa de Residência Médica e Carimbo

FICHA DE AVALIAÇÃO DE ESTÁGIO OPTATIVO

Preceptor/ Supervisor: _____

Residente: _____

Área de atuação: _____

Local de inserção: _____

Período: ____/____/____ a ____/____/____.