|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| PROPOSTA DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO OU ESTABELECIMENTO DE SAÚDE PARA ESTÁGIO | | | | |
| 1. **NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO OU ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:**   Universidade Federal de São João del-Rei – Campus Centro Oeste | | | | |
| 1. **NOME DO CURSO:** MEDICINA | | | | |
| **3. Disciplina (graduação) OBS: Informar apenas uma(01) disciplina por formulário:**  INTERNATO EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE | | **4.A PERÍODO LETIVO DO CURSO:** DIURNO  **4.B** **CARGA HORÁRIA DA DISCIPLINA:** 330 horas (30 horas semanais por 11 semanas) | | |
| **5. NÍVEL**:  ( ) Fundamental  ( ) Médio  ( **X** ) Graduação  ( ) Pós Graduação | ( ) Especialização  ( ) Mestrado/Doutorado | **6. TIPO DE ATIVIDADE**  ( **X** ) Estágio  ( ) Ensino Clínico | **CURRICULAR:**  ( ) Visita de observação/técnica  ( ) Atividade de Campo  ( ) TCC/Monografia/Pesquisa | |
| **7.CENÁRIO DE PRÁTICA SUGERIDO: [**NOME DA UBS**]**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Grupo** | **Nº alunos** | **Carga horária diária** | **Período de Realização** | | **Dias da Semana** | | | | | | | **Turno** | | | | **Data início** | **Data Término** | **Seg** | **Ter** | **Qua** | **Qui** | **Sex** | **Sab** | **Dom** | **Manhã** | **Tarde** | **Noite** | | **1** | 1 | 8 |  |  | X | X | X | X |  |  |  | X | X |  | | **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | **Total** | **1** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8. EMENTA DA DISCIPLINA:**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Nº** | **Atividade Proposta** | **Especificação** | **Metas** | **Indicadores** | | **1** | Participação no planejamento, organização, implementação e avaliação das atividades  de promoção, prevenção, assistência e demais procedimentos realizados pela unidade. | Não se aplica. | Não se aplica. | Não se aplica. | | **2** | Realização de consulta médica de todas as faixas etárias e gêneros, com orientação pelo preceptor. | Não se aplica. | Não se aplica. | Não se aplica. | | **3** | Realização de assistência domiciliar a pessoas com necessidades específicas e para avaliações rotineiras que visem a complementar as demais práticas na unidade ou rede. | Não se aplica. | Não se aplica. | Não se aplica. | | **4** | Planejamento, organização e coordenação de grupos de pessoas com o objetivo de promoção e/ou prevenção de doenças ou agravos. | Não se aplica. | Não se aplica. | Não se aplica. | | **5** | Produção de relatórios das atividades exercidas. | Não se aplica. | Não se aplica. | Não se aplica. | | **6** | Participação das atividades de educação à distância e/ou presencial com o professor. | Não se aplica. | Não se aplica. | Não se aplica. |   **9. A(s) ATIVIDADE(s) DEPENDE(m) DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA? Sim Não**  **As atividades que envolvem pesquisa e/ou coleta de dados no cenário de prática deverão ser socializadas**  **com as equipes. O acesso ao cenário de prática para atividade com estudantes, não dá direito ao uso das informações para publicações, projetos e pesquisas sem a devida avaliação e aprovação da SMSA/SUS-BH** *(Informações na página do CES, endereço: www.pbh.gov.br>secretarias>saúde>informações>centro de educação em saúde>comitê de ética)* | | | | |
| **10. ACOMPANHAMENTO DO PROFESSOR ORIENTADOR**  **Dias da semana: ( )2ª / ( ) 3ª / ( ) 4ª / ( ) 5ª / ( ) 6ª / ( )Sab / ( ) Dom**  **Horário: [**MARCAR DIA E HORA DA SUPERVISÃO DOCENTE**]** | | | | |
| **11. Nome/assinatura/Telefone/e-mail do Professor-Orientador:**  [DADOS E ASSINATURA DO **PROFESSOR** **COORDENADOR DO** **IMFC**] | | | | **\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_** |

**Anexo IV – Plano de Trabalho Educacional:**

|  |  |
| --- | --- |
| **12. Nome/assinatura/Telefone/e-mail do Coordenador do Curso:**  [DADOS E ASSINATURA DO **COORDENADOR DO CURSO**] | **\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_** |

**ORIENTAÇÕES DE PRENCHIMENTO DA PROPOSTA DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO OU ESTABELECIMENTO DE SAÚDE PARA ESTÁGIOS**

1. Informar o nome da instituição de ensino – IE ou Estabelecimento de Saúde sem abreviar.
2. Informar o nome do curso sem abreviar.
3. Preencher com o nome de apenas uma (1) disciplina por formulário.
4. A - Informar o período letivo da disciplina.

B - Informar a carga horária que o aluno/residente terá que cumprir no campo de estágio.

1. Preencher com (X) o nível de escolaridade dos alunos ou residentes que estão pleiteando o estágio.
2. Preencher com (X) o tipo de atividade curricular proposta.
3. Informar a unidade de saúde sugerida como cenário de prática/treinamento em serviço. Preencher uma proposta para cada unidade.

**Obs.:** Considerar que a indicação da unidade não garante que o estágio/treinamento em serviço será neste cenário. A SMSA poderá indicar outro que seja mais conveniente tanto para ela quanto para a instituição de ensino ou estabelecimento de saúde.

1. GRUPO: já estão indicados os grupos. Se houver mais que quatro grupos, acrescentar mais linhas.
2. Nº. ALUNOS/ RESIDENTES: informar o número de alunos que comporão cada grupo.
3. Informar a especialidade do residente.
4. CARGA HORÁRIA: informar o número de horas, por dia, que cada aluno/residente realizará o estágio na unidade de saúde.
5. PERÍODO DE REALIZAÇÃO: informar a data de início e de término do estagio/ treinamento em serviço.
6. DIAS DA SEMANA: informar o(s) dia(s) da semana em que ocorrerá o estágio/ treinamento em serviço de cada grupo de alunos.
7. TURNO: marcar com (X) o turno em que ocorrerá o estágio/ treinamento em serviço.
8. Informar de forma sintética o conteúdo da disciplina ou do Programa de Residência em Saúde e preencher com a descrição e especificação da(s) atividade(s) que deverão ser desenvolvidas pelos alunos/residentes.
9. Informar se atividade depende ou não de aprovação do comitê de ética.
10. Informar, neste item, o período de acompanhamento da supervisão do professor. É desejável que a informação seja coincidente com a da permanência do aluno no cenário de prática.
11. e 12) Informar nome, numero(s) de telefone(s) e endereço de e-mail legíveis e assinar.