**RELAÇÃO DE RESIDENTES E PLANO DE ATIVIDADES DE RESIDÊNCIA**

|  |  |
| --- | --- |
| Instituição de ensino |  |
| Nome do Programa de residência |  |
| Local das atividades |  |
| Professor(a) responsável |  |
| Telefone |  | E-mail |  |
| Preceptor(a) servidor(a) da SMS na unidade |  |
| Telefone |  | E-mail |  |

Obs.: se todos os residentes forem ao campo ao mesmo tempo preencha apenas a primeira linha.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Grupo | Número de residentes por subgrupo | Data de início | Data de término | Dias da semana | Horário de início | Horário de término |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |

**RELAÇÃO DE RESIDENTES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nº | NOME COMPLETO | GRUPO |
| 01 |  |  |
| 02 |  |  |
| 03 |  |  |
| 04 |  |  |
| 05 |  |  |
| 06 |  |  |
| 07 |  |  |
| 08 |  |  |

**PLANO DE ATIVIDADES DOS RESIDENTES NO CENÁRIO DE PRÁTICA**

|  |
| --- |
|  |

 Professor responsável Preceptor(a) servidor(a) da unidade de saúde

 (carimbo e assinatura) (carimbo, assinatura e matrícula)