



## RELAÇÃO DE ESTUDANTES E PLANO DE ATIVIDADES PRÁTICAS

Instituição de ensino:	
Número do COAPES:	Vigência:
Curso:	
Disciplina:	
Local das atividades:	
Carga horária total (dentro da unidade de saúde):	
Número total de estudantes:	
Data de início:	Data de término:
Total de dias de atividade no serviço de saúde:	
Dias da semana:	
Horário:	
Responsável pela disciplina:	
Registro profissional:	Telefone:
E-mail:	

### RELAÇÃO DE ESTUDANTES

Nº	NOME COMPLETO
01	
02	
03	
04	
05	
06	
07	
08	

### PLANO DE ATIVIDADES DOS ESTUDANTES NO CENÁRIO DE PRÁTICA

--

\_\_\_\_\_  
Professor responsável  
(carimbo e assinatura)

\_\_\_\_\_  
Gestor(a) da unidade de saúde  
(carimbo e assinatura)