



PLANILHA PARA SOLICITAÇÃO DE ESTÁGIOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE  
GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE – GES



INSTITUIÇÃO:  
CURSO:  
DOCENTE RESPONSÁVEL:  
EMAIL DO DOCENTE:  
TELEFONE DO DOCENTE:

ANO: 2014  
SEMESTRE: 1º ( x ) 2º ( )  
PERÍODO DO CURSO:  
DISCIPLINA:  
Nº DE ESTUDANTES: ( ) ESTÁGIO

CURSO	LOCAL-DS OU HOSPITAL/OU ESPECIALIDADE	SETOR / USF	PRECEPTOR	TURNO	DIAS DA SEMANA	PERÍODO	Nº DE ALUNOS	Nº DIAS DE ESTÁGIO	NOME DO ALUNO	ASSISTÊNCIA

OUTRAS PACTUAÇÕES: Os alunos serão Responsáveis pelos seus EPIs( Equipamentos de Proteção Individual, tais como crachá ,jaleco, sapatos fechado,luvas e gorro além de outros de acordo com o serviço,local da realização do estágio).

\_\_\_\_\_  
Profissional do Serviço  
(ASSINAR E CARIMBAR)

\_\_\_\_\_  
Professor da IE  
(ASSINAR E CARIMBAR)