|  |
| --- |
| DADOS DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO E DO ESTUDANTE |

**Instituição de Ensino:** Faculdade de Medicina da UFMG

**Curso: MEDICINA**

**Nome do estudante:** **Clique aqui para digitar texto.**

**Nº de matrícula:** **Clique aqui para digitar texto.**

**Email: Clique aqui para digitar texto.**

**Telefone:** **Clique aqui para digitar texto.**

**Período:** **Clique aqui para digitar texto.**

**Orientador UFMG: Clique aqui para digitar texto.**

**Área de atuação:** Escolher um item.

|  |
| --- |
| DADOS DO CAMPO DE DESTINO |

**Cidade/Estado de destino: Clique aqui para digitar texto.**

**Universidade/Hospital:** **Clique aqui para digitar texto.**

**Período de realização:** de **Clique aqui para inserir uma data.** a **Clique aqui para inserir uma data.**

**Supervisor/ Preceptor: Clique aqui para digitar texto.**

**Email Supervisor/Preceptor: Clique aqui para digitar texto.**

**Carga horária total a ser cumprida nesta instituição\*: Clique aqui para digitar texto.**

|  |
| --- |
| INFORMAÇÕES DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS |

1. **ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS**

**Clique aqui para digitar texto.**

1. **OBJETIVOS :**

**Clique aqui para digitar texto.**

1. **JUSTIFICATIVA:**

**Clique aqui para digitar texto.**

**4. METAS A SEREM ATINGIDAS:**

**Clique aqui para digitar texto.**

**5. METODOLOGIA/ETAPAS:**

**Clique aqui para digitar texto.**

5.1. PLANEJAMENTO:

**Clique aqui para digitar texto.**

5.2. EXECUÇÃO:

**Clique aqui para digitar texto.**

5.3. RELATÓRIO FINAL:

**Clique aqui para digitar texto.**

**6. FORMA DE ORIENTAÇÃO, SUPERVISÃO E AVALIAÇÃO:**

**Clique aqui para digitar texto.**

**7. RESULTADOS ESPERADOS:**

**Clique aqui para digitar texto.**

**8. CRONOGRAMA:**

**Clique aqui para digitar texto.**

**9. SEGURO OBRIGATÓRIO:**

Para a realização da disciplina no país, caberá à UFMG ônus e a responsabilidade de providenciar a contratação e manutenção de seguro de acidentes pessoais, cuja apólice seja compatível com valores de mercado, de caráter obrigatório, em favor do estudante, devendo constar no Termo de Compromisso: o número da Apólice de Seguro e a Razão Social da Seguradora.

Belo Horizonte, **Clique aqui para inserir uma data.**

**Estudante:**

**Supervisor da Instituição de destino:**

(Assinatura eletrônica ou sobre carimbo)

**Orientador (UFMG):**

(Assinatura eletrônica ou sobre carimbo)

**UFMG (Interveniente):**

(Assinatura eletrônica ou sobre carimbo)

Coordenador(a) do Colegiado de Medicina