

## ESTÁGIO OPTATIVO PASSO A PASSO

1º - residente faz contato com a instituição em que deseja fazer estágio e verifica possibilidade e o que a instituição pede de documentação;

2º - residente encaminha **Carta de Interesse** (ANEXO 01), assinada pelo preceptor e pelo tutor, à coordenação do programa, juntamente com dados da instituição que o receberá e quais as exigências que ela faz, com relação a documentação necessária para oficialização do estágio.

3º - coordenação do programa faz contato com a instituição para alinhar e resolver as questões relacionadas à documentação exigida pelo ICEPI;

4º - resolvida a parte burocrática, residente apresenta **Plano de Atividades** (ANEXO 02), desenvolvido conjuntamente com o profissional que será seu preceptor no cenário de prática do estágio optativo;

5º - se o estágio for aprovado, coordenador apresenta a ida do residente para o estágio optativo como informe na reunião da COREMU, para que constar em ata, evitando prejuízo no encaminhamento da frequência do residente e manutenção da bolsa.

6º - residente elabora **Relatório Reflexivo** (ANEXO 3) ao final do estágio, e, encaminha ao coordenador do programa, juntamente com o **Registro de frequência** (ANEXO 4), assinada pelo preceptor do cenário de prática do estágio optativo;

7º - residente encaminha ao coordenador os instrumentos de avaliação de desempenho do residente e do preceptor no cenário de prática (ANEXO 5), assinados e salvos em PDF.



## ANEXO 1 - CARTA DE INTERESSE

### RESIDENTE MULTIPROFISSIONAL DO ICEPI/SESA PARA OUTRA INSTITUIÇÃO

À COREMU/ICEPI/SESA

Eu, \_\_\_\_\_, matrícula nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, profissão \_\_\_\_\_, Registro Profissional nº \_\_\_\_\_, número da apólice de seguro \_\_\_\_\_, residente do Programa Multiprofissional em \_\_\_\_\_, venho por meio desta, requerer autorização para realização de Estágio Optativo da Residência Multiprofissional no serviço de \_\_\_\_\_ da Instituição \_\_\_\_\_ no período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

OBS: segue em anexo a relação da documentação exigida pela Instituição onde o estágio será realizado assim como os devidos contatos.

(o próprio residente já passa essas informações para o coordenador, uma vez que a documentação pode variar a depender da Instituição em que o estágio está sendo solicitado). Exemplos: Apólice de Seguro, Plano de Atividades, Instrumentos de Avaliação, Folha de frequência, Minuta de convênio, entre outros

JUSTIFICATIVA:

(Inserir aqui a justificativa sobre os objetivos para o estágio)

Vitória, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
1º – Assinatura e carimbo  
Profissional da Saúde Residente



---

2º – Assinatura e carimbo

Preceptor do Programa de Residência Multiprofissional \_\_\_\_\_

ICEPi-SESA

---

3º - Assinatura e carimbo

Tutor do Programa de Residência Multiprofissional \_\_\_\_\_

ICEPi-SESA

APROVAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

---

Assinatura e carimbo

Coordenador do Programa de Residência Multiprofissional \_\_\_\_\_

ICEPi-SESA

## ANEXO 2 - PLANO DE ATIVIDADES DE ESTÁGIO OPTATIVO

<b>1. Dados de Identificação:</b>		
Residente Estagiário:	CPF:	
Profissão:	Telefone:	
Nome do Programa de Residência/Área de Concentração:		
Coordenador (a) do Programa de Residência/Área de Concentração (instituição de ensino):		
Período de Vigência do Estágio Optativo:		
Data de entrega do Relatório Reflexivo:		
Unidade/local do Estágio Optativo:		
Preceptor/Tutor da Concedente do estágio:		
Profissão:		
Email:	Telefone:	
<b>2. Descrição do programa e objetivos do estágio optativo dentro desse programa:</b>		
<b>3. Desenvolvimento (descrição das atividades práticas e teóricas a serem executadas no estágio):</b>		
Vitória, _____ de _____ de 20____.		
<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> Residente Estagiário	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> Preceptor/Tutor da Concedente do Estágio	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> Coordenador (a) do Programa de Residência Multiprofissional do ICEPI



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE

### ANEXO 03 - RELATÓRIO REFLEXIVO ACERCA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO OPTATIVO

**Residente:**

**Matrícula:**

**Local de Estágio:**

**Período:**

REGISTRAR OS SEGUINTE ASPECTOS:

1. Aprendizagens construídas a partir das atividades práticas e teóricas.
2. Pontos que favoreceram ao aprendizado e/ou que dificultaram um melhor desempenho, seja quanto a estrutura, aspectos cognitivos, atitudinais e psicomotores outros.. Descrever como estas dificuldades foram trabalhadas ao longo do período..
3. Se as expectativas e objetivos deste estágio foram alcançadas.
4. Encerrar este tópico, comentando se o estágio foi satisfatório, o quanto essa experiência contribuiu com seu processo de formação, se o tempo foi suficiente, como foi o processo de supervisão e orientação.

1.

2.

3.



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE**

4.

**SUGESTÕES:**

Vitória, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Residente estagiário





**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE**


---

Preceptor do Local de Estágio

(Instituição Concedente)



INSTITUTO CAPIXABA DE ENSINO,  
PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE  
GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE

## **ANEXO 5 -AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO RESIDENTE NO ESTÁGIO OPTATIVO**

### **5.1 PRECEPTOR DE CENÁRIO DE PRÁTICA AVALIA RESIDENTE**

Este instrumento se destina a observar e analisar o desempenho dos residentes nas atividades desenvolvidas no CENÁRIO DE PRÁTICA – ESTÁGIO OPTATIVO

**DIMENSÕES: ATITUDINAIS**

**Período de avaliação: MENSAL**

**Programa de Residência:**

**Nome do(a) residente:**

**Nome do(a) preceptor(a) no estágio:**

**1. Como foi o desenvolvimento do(a) residente nas atividades de prática?**

**2. Como foi o desenvolvimento as atitudes do(a) residente no trabalho em equipe, com os colegas e preceptor(es)?**

**3. Como foi o cumprimento dos pactos de trabalho construído com o preceptor e equipe?**

**4. Recomendações e/ou sugestões individualizadas ao residente:**

**5. Comentários do(a) residente:**

**6. Conceito:** ( ) satisfatório ( ) precisa melhorar

---

Assinatura do preceptor

---

Assinatura do residente



INSTITUTO CAPIXABA DE ENSINO,  
PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE  
GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE

## **5.2 RESIDENTE AVALIA PRECEPTOR DE CENÁRIO DE PRÁTICA**

Este instrumento se destina a avaliar a participação dos preceptores na condução das atividades desenvolvidas pelos residentes no CENÁRIO DE PRÁTICA

**DIMENSÕES:** ATITUDINAIS

**Período de avaliação:** MENSAL

**Programa de Residência:**

**Nome do(a) residente:**

**Nome do(a) preceptor(a):**

- 1. Como foi a participação do preceptor na condução do(a) residente nas atividades de prática?**
- 2. Como foi a participação do preceptor na condução das atividades de ensino (tanto as direcionadas pela tutoria e/ou indicadas no próprio no campo de prática)?**
- 3. Como foi o cumprimento dos pactos de trabalho construído com o residente e equipe?**
- 4. Comentários e/ou sugestões do(a) residente ao preceptor**
- 5. Conceito:** ( ) satisfatório ( ) precisa melhorar

---

**Assinatura do residente**