



Serviço Público Federal  
Ministério da Educação

Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE - EM MEDICINA VETERINÁRIA DA  
FACULDADE DE MEDICINA VETERINÁRIA E ZOOTECNIA  
PREPROMV/FAMEZ/UFMS**

**PLANO DE ATIVIDADES - ESTÁGIO EM VIVÊNCIA  
(anexar ao Termo de Acordo para Afastamento para Estágio em Vivência)**

DADOS DO RESIDENTE	
Estudante:	
Área de Concentração:	
Semestre: 3º ( ) 4º ( )	CPF:
Celular: ( )	E-mail:
Plano de Atividades: início em ___ / ___ /202__ e fim em ___ / ___ /202__	
Carga horária total a ser desenvolvida: _____ (cumprindo 60 horas semanais)	
Seguro contra acidentes pessoais estará em vigência: ( ) Sim ( ) Não	

DADOS DO CONCEDENTE	
Nome da Instituição:	
CNPJ:	
Telefone: ( )	E-mail:

DADOS DO(A) SUPERVISOR(A)	
Nome:	
Cargo:	CRMV:
Link do Currículo Lattes:	
Celular: ( )	E-mail:

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS
<b>1. APRESENTAÇÃO DO CAMPO DE PRÁTICA</b>
<i>Descrever brevemente a empresa ou instituição: trata-se de uma clínica, hospital, laboratório, unidade de saúde, etc.</i>
<b>2. ÁREA DE ATUAÇÃO</b>
<i>Indicar a área de atuação: clínica médica, cirurgia, diagnóstico por imagem, anestesiologia, medicina de emergência, diagnóstico laboratorial, saúde pública, teriogenologia, etc. Atuará em pequenos animais, animais de produção, animais selvagens...</i>

### **3. OBJETIVOS**

*Indicar o objetivo geral e objetivos específicos das atividades a serem desenvolvidas, relacionando-os à área de atuação.*

### **4. ATIVIDADES PREVISTAS**

*Descrever brevemente as atividades planejadas pelo aluno durante o período de vivência no local onde serão desenvolvidas as atividades. Caso necessário, agregar dados quantitativos.*

### **Assinaturas**

(não é necessário assinar neste espaço, pois processo é eletrônico)

\_\_\_\_\_  
*(completar com nome)*

**Residente**

\_\_\_\_\_  
*(completar com nome)*

**Professor(a) Tutor(a) / -Orientador(a)**

\_\_\_\_\_  
*(completar com nome e cargo do(a) representante da parte concedente)*

**Representante da Concedente**

**Município, dia de mês de ano.**