



FACULDADE QUIRINÓPOLIS – FAQUI

Centro de Ensino Superior do Sudoeste Goiano

Portaria de Recredenciamento: Portaria nº. 1.666, de novembro de 2011.
Reconhecimento do Curso de Enfermagem: Portaria nº. 134, de 27 de julho de 2012.

Av. Quirino Candido de Moraes, 38-D, Centro

Telefone (64) 3651 4680 / Fax (64) 3651-2214.

Site: www.faculdadequirinopolis.com.br / e- mail:

faculdadequirinopolis@gmail.com

75.860-000 – Quirinópolis - GO

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PASTA DE ESTUDO CLÍNICO PRÁTICO E ESTÁGIO SUPERVISIONADO

FOTO 3X4

Acadêmico (a): _____

Início do Curso: ____/____/____

QUIRINÓPOLIS – GO

6° PERÍODO

CARTEIRA DE VACINAÇÃO/ANO: _____

AVALIAÇÃO DO ESTUDO CLÍNICO PRÁTICO

Acadêmico (a): _____	
Professor (a): _____	
Instituição de Saúde: _____	
Período: _____	
VIGENCIA DO ESTUDO CLÍNICO PRÁTICO:	
INÍCIO: ____/____/____	TERMINO: ____/____/____

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DO ESTUDO CLÍNICO PRÁTICO

ASPECTOS A SEREM OBSERVADOS	AVALIAÇÃO			
	ÓTIMO	BOM	REGULAR	INSUFICIENTE
ASSIDUIDADE				
DISCIPLINA				
COOPERAÇÃO				
INICIATIVA				
ASSIMILAÇÃO				
RESPONSABILIDADE				
ORGANIZAÇÃO				
DISCRICÃO				
CONHECIMENTO PRÁTICO				
CONHECIMENTO TEÓRICO				

Cite as dificuldades técnicas encontradas no desenvolvimento das atividades de acordo com o nível do Estudo Clínico Prático:

NOTA DE AVALIAÇÃO: _____ (0,0 – 10,0)

ASSINATURA: _____ DATA: ____/____/____

7° PERÍODO

CARTEIRA DE VACINAÇÃO/ANO: _____

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO

Acadêmico (a): _____	
Professor (a): _____	
Instituição de Saúde: _____	
Período: _____	
VIGENCIA DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO:	
INÍCIO: ____/____/____	TERMINO: ____/____/____

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO

ASPECTOS A SEREM OBSERVADOS	AVALIAÇÃO			
	ÓTIMO	BOM	REGULAR	INSUFICIENTE
ASSIDUIDADE				
DISCIPLINA				
COOPERAÇÃO				
INICIATIVA				
ASSIMILAÇÃO				
RESPONSABILIDADE				
ORGANIZAÇÃO				
DISCRICÃO				
CONHECIMENTO PRÁTICO				
CONHECIMENTO TEÓRICO				

Cite as dificuldades técnicas encontradas no desenvolvimento das atividades de acordo com o nível do Estágio Supervisionado:

NOTA DE AVALIAÇÃO: _____ (0,0 – 10,0)

ASSINATURA: _____ DATA: ____/____/____

8° PERÍODO

CARTEIRA DE VACINAÇÃO/ANO: _____

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO

Acadêmico (a): _____	
Professor (a): _____	
Instituição de Saúde: _____	
Período: _____	
VIGENCIA DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO:	
INÍCIO: ____/____/____	TERMINO: ____/____/____

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO

ASPECTOS A SEREM OBSERVADOS	AVALIAÇÃO			
	ÓTIMO	BOM	REGULAR	INSUFICIENTE
ASSIDUIDADE				
DISCIPLINA				
COOPERAÇÃO				
INICIATIVA				
ASSIMILAÇÃO				
RESPONSABILIDADE				
ORGANIZAÇÃO				
DISCRICÃO				
CONHECIMENTO PRÁTICO				
CONHECIMENTO TEÓRICO				

Cite as dificuldades técnicas encontradas no desenvolvimento das atividades de acordo com o nível do Estágio Supervisionado:

NOTA DE AVALIAÇÃO: _____ (0,0 – 10,0)

ASSINATURA: _____ DATA: ____/____/____

9° PERÍODO

CARTEIRA DE VACINAÇÃO/ANO: _____

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO

Acadêmico (a): _____	
Professor (a): _____	
Instituição de Saúde: _____	
Período: _____	
VIGENCIA DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO:	
INÍCIO: ____/____/____	TERMINO: ____/____/____

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO

ASPECTOS A SEREM OBSERVADOS	AVALIAÇÃO			
	ÓTIMO	BOM	REGULAR	INSUFICIENTE
ASSIDUIDADE				
DISCIPLINA				
COOPERAÇÃO				
INICIATIVA				
ASSIMILAÇÃO				
RESPONSABILIDADE				
ORGANIZAÇÃO				
DISCRICÃO				
CONHECIMENTO PRÁTICO				
CONHECIMENTO TEÓRICO				

Cite as dificuldades técnicas encontradas no desenvolvimento das atividades de acordo com o nível do Estágio Supervisionado:

NOTA DE AVALIAÇÃO: _____ (0,0 – 10,0)

ASSINATURA: _____ DATA: ____/____/____

10° PERÍODO

CARTEIRA DE VACINAÇÃO/ANO: _____

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO

Acadêmico (a): _____	
Professor (a): _____	
Instituição de Saúde: _____	
Período: _____	
VIGENCIA DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO:	
INÍCIO: ____/____/____	TERMINO: ____/____/____

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO

ASPECTOS A SEREM OBSERVADOS	AVALIAÇÃO			
	ÓTIMO	BOM	REGULAR	INSUFICIENTE
ASSIDUIDADE				
DISCIPLINA				
COOPERAÇÃO				
INICIATIVA				
ASSIMILAÇÃO				
RESPONSABILIDADE				
ORGANIZAÇÃO				
DISCRICÃO				
CONHECIMENTO PRÁTICO				
CONHECIMENTO TEÓRICO				

Cite as dificuldades técnicas encontradas no desenvolvimento das atividades de acordo com o nível do Estágio Supervisionado:

NOTA DE AVALIAÇÃO: _____ (0,0 – 10,0)

ASSINATURA: _____ DATA: ____/____/____