**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**

****

**PROGRAMA DE APERFEIÇOAMENTO DE PROFISSIONAIS DA REDE DE SERVIÇOS DO**

**SUS DA REGIÃO DE ABRANGÊNCIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA**

**SUBPROJETO 8: VIVÊNCIAS PRÁTICAS DE CURTA DURAÇÃO NOS SERVIÇOS DO HUSM**

**PLANO DE TRABALHO A SER DESENVOLVIDO NA VIVÊNCIA PROFISSIONAL NO (Setor/serviço/unidade)**

1. **Nome do participante:................................................................................................**
2. **Celular**
3. **E-mail:**
4. **Carga Horária Semanal: .................................................................................................**
5. **Objetivos:**

- Realizar ações de extensão visando a integração ensino-serviço e o desenvolvimento da missão social da Universidade.

- Desenvolver habilidades de trabalho em equipe

- Proporcionar contato do participante com profissionais da rede de atenção à saúde.

1. **Atividades a serem desenvolvidas/Mês/período:**(descrever as atividades)............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................
2. **Data (período data inicial e final):**
3. **Assinatura do Participante e seu registro profissional**
4. **Assinatura e carimbo do Responsável no HUSM**