## Curso de Medicina

Ciclo: Integralidade do Cuidado \_\_

Unidade Educacional Necessidades de Saúde e Planos Terapêuticos \_

**Atividade Curricular: \_\_\_\_\_\_**



|  |
| --- |
| **Estudante avalia o(a) Facilitador(a)** **Data:\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_** |

|  |
| --- |
| **1. Como tem sido a participação do (a) facilitador (a) nas atividades Nome da Unidade Educacional?**  ***Justifique*.** **1. Nome do docente (SFC):****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  | **S**atisfatório **** | Precisa Melhorar  | Sem emissão de conceito  |
| **2. Nome do docente (SAI):****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  | **S**atisfatório **** | Precisa Melhorar  | Sem emissão de conceito  |
| **3. Nome do docente (SMu):****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  | **S**atisfatório **** | Precisa Melhorar  | Sem emissão de conceito  |
| **4. Nome do docente (SCr):****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  | **S**atisfatório **** | Precisa Melhorar  | Sem emissão de conceito  |

|  |
| --- |
| **2. Como tem sido o cumprimento do pacto de trabalho? Justifique:****1. Nome do docente (SFC):****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  | **S**atisfatório **** | Precisa Melhorar  | Sem emissão de conceito  |
| **2. Nome do docente (SAI):****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  | **S**atisfatório **** | Precisa Melhorar  | Sem emissão de conceito  |
| **3. Nome do docente (SMu):****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  | **S**atisfatório **** | Precisa Melhorar  | Sem emissão de conceito  |
| **4. Nome do docente (SCr):****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  | **S**atisfatório **** | Precisa Melhorar  | Sem emissão de conceito  |

|  |
| --- |
| **3. Comentários e/ou sugestões:** **Nome do docente (SFC):** |
|  **Nome do docente (SAI):** |
|  **Nome do docente (SMu):** |
|  **Nome do docente (SCr):** |

|  |
| --- |
| 4. [Conceito](http://integramed.ufscar.br:8080/med/paginas/avaliacao/administracao/questoesEditar.jsf?idsubformulario=610&id=4305) Final |
| **SCr:** | **S**atisfatório **** | Precisa Melhorar  | Sem emissão de conceito  |
| **SAI:** | **S**atisfatório **** | Precisa Melhorar  | Sem emissão de conceito  |
| **SCr:** | **S**atisfatório **** | Precisa Melhorar  | Sem emissão de conceito  |
| **SFC:** | **S**atisfatório **** | Precisa Melhorar  | Sem emissão de conceito  |