



**Faculdade Quirinópolis**

Portaria de Recredenciamento nº 1.283 de 05/10/2017

**Curso de Farmácia**

Portaria de Autorização nº 226 de 29/03/2018



## **CURSO DE GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA**

### **PASTA DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO**

FOTO 3X4

Acadêmico (a): \_\_\_\_\_

Início do Curso: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**QUIRINÓPOLIS – GO**

**2023**

CARTEIRA DE VACINAÇÃO/ANO: \_\_\_\_\_





## AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO

Acadêmico (a): _____	
Supervisor: _____	
Instituição de Saúde: _____	
Período: _____	
<b>VIGÊNCIA DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO</b>	
INÍCIO: ____/____/____	TÉRMINO: ____/____/____

### DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO

ASPECTOS A SEREM OBSERVADOS	AVALIAÇÃO			
	ÓTIMO	BOM	REGULAR	INSUFICIENTE
ASSIDUIDADE				
DISCIPLINA				
COOPERAÇÃO				
INICIATIVA				
ASSIMILAÇÃO				
RESPONSABILIDADE				
ORGANIZAÇÃO				
DISCRIÇÃO				
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)

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO RT