

Plano de Estágio

() obrigatório

() não-obrigatório

Dados do Seguro Contra Acidentes Pessoais

Apólice nº:2001086 Seguradora: SURA SEGUROS – HEMB ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA

Vigência do seguro: **10/12/17 a 10/12/18**

Dados da Entidade Concedente de Estágio

Nome: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARAÇUAÍ

Endereço: RUA DOM SERAFIM, 190 – BAIRRO CENTRO

Telefone: (33) 37313059

Fax: (____) _____

Cidade: ARAÇUAÍ UF: MG CEP: 39600-000

Responsável/Contato: RITA DE CÁSSIA SILVA CAPDEVILLE

Cargo: SECRETÁRIA DE SAÚDE E-mail: _____

Dados do local de Estágio

Setor/Unidade: UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Nome do Supervisor (empresa/instituição) : _____

Habilitação Profissional do Supervisor: _____

Nome do Professor Orientador (IFNMG – Campus Araçuaí)

Data Prevista para Início do Estágio: ____/____/____ Data Prevista para o Término do Estágio: ____/____/____

Jornada de Estágio: 7 h às 11 h e das 13 h às 17 h, totalizando 30 h semanais.

Atividades principais a serem desenvolvidas :

- Aplicação de medidas de biossegurança;
- Utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), atendendo às normas de biossegurança;
- Identificação e caracterização de medidas antropométricas e sinais vitais e reconhecimento da importância das mesmas na avaliação da saúde do cliente/paciente;
- Identificação e desenvolvimento de ações que visem o fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias;
- Promoção de atividades de educação em saúde com indivíduos e grupos da comunidade, utilizando metodologias reflexivas e participativas;
- Desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação para agravos e doenças crônico-degenerativas;
- Identificação das necessidades do cliente ao longo do ciclo vital;
- Execução de procedimentos de enfermagem, conforme nível de complexidade;
- Treino de registros de enfermagem em cadernos de controle;
- Reconhecimento da estrutura física, equipe e atividades, na Policlínica Municipal;
- Acondicionamento, preparo e administração de imunobiológicos; dentre outras.

OBS: Após parecer do Coordenador do Curso, procure a DEX Campus ou órgão equivalente para efetivar a sua matrícula de Estágio.

_____ (MG), _____ de _____ de _____.

Estagiário

Professor(a) Orientador(a) – IFNMG Araçuaí.

Supervisor do Estágio Entidade Concedente de Estágio

Coordenador do Curso ou cargo equivalente- IFNMG Araçuaí