**RELATÓRIO DE ATIVIDADES DE ESTÁGIO INTERNO OBRIGATÓRIO**

**HOSPITAL ODONTOLÓGICO (HO)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1. Dados de Identificação** | | |
| **Estagiário(a):** | | |
| **Curso:** | | **Matrícula:** |
| **Período de vigência do Termo de Compromisso de Estágio:**       a | | |
| **Período referente ao relatório:**       a | | |
| **Professor(a) Orientador(a):** | | |
| **Supervisor(a) de Estágio:** | | |
| **Local do estágio no HO:** | | |
| **2. Introdução** (Neste campo, o estagiário descreve o local, objetivos e forma de operacionalização do estágio, periodicidade, etc.) | | |
| **3. Desenvolvimento (descrição das atividades)** (De forma objetiva, são descritas todas as atividades desenvolvidas pelo estagiário. Importante lembrar que essas atividades precisam estar alinhadas aos objetivos do Plano de Atividades de Estágio) | | |
| **4. Considerações Finais** (Reflexão sobre o desenvolvimento do estágio e sua importância para agregar à sua área de formação) | | |
| E, por estarem de acordo com os termos do presente instrumento, as partes acima identificadas o assinam.         , 7 de abril de 2022.  Local e data | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **ESTAGIÁRIO(A)**  ou responsável, se menor de idade | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  Supervisor(a) de Estágio | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  Professor(a) Orientador(a) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  Assinatura e carimbo da  Direção do Hospital Odontológico | |