

**APRECIÇÃO DE DESEMPENHO**

FORMAÇÃO COMPLEMENTAR /CURTA (riscar o que não interessa) _____
LOCAL _____
DURAÇÃO (Meses/Horas) _____

Cara/o Responsável de Formação,

A Coordenação do Internato Médico de Medicina Geral e Familiar da Zona Norte agradece a sua colaboração na formação dos Médicos Internos de Medicina Geral e Familiar. Solicitamos o preenchimento desta apreciação, de forma a que o Orientador do Interno _____ (nome completo do Interno), possa fazer a avaliação de desempenho do estágio de Medicina Geral e Familiar.

(Pedimos para colocar um X em cada item)	Abaixo do esperado	Dentro do esperado	Acima do esperado	Não aplicável
Assiduidade				
Pontualidade				
Atitude de aprendizagem				
Capacidade técnica				
Cumprimento dos objetivos de formação				
Capacidade crítica				
Responsabilidade profissional				
Relação com outros profissionais de saúde				
Relação com o doente				

Comentários adicionais: _____

Responsável de Formação: _____ N° de cédula profissional: _____

Director de serviço: _____ N° de cédula profissional: _____

Director de Internato _____

Médico Interno (Tomado conhecimento). _____

Data: ___/___/___