

## AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE (ANEXO II)

ATIVIDADE: \_\_\_\_\_

FACILITADOR: \_\_\_\_\_

LOCAL: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_ HORÁRIO: \_\_\_\_\_

As informações contidas nesta avaliação são confidenciais e serão utilizadas exclusivamente para o aperfeiçoamento das ações desenvolvidas pela Unidade de Residências Profissionais e Estágios.

ASSINALE CONFORME SUA IMPRESSÃO	 MUITO BOM	 BOM	 INSATISFATÓRIO
Em relação ao conteúdo			
Em relação à carga horária			
Em relação ao ambiente			
Em relação ao facilitador			
Em relação à sua disponibilidade e interesse			

A capacitação foi importante para a qualificação do seu trabalho?

( ) Sim ( ) Não

Pontos Positivos: \_\_\_\_\_

Pontos Negativos: \_\_\_\_\_

Sugestões: \_\_\_\_\_

### UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300  
UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526 / UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082  
Clisam - (51) 3474.0169 / SAMU Sapucaia do Sul - 192