

**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE RESIDENTE**

Foto  
3 x 4

DE ACORDO COM AS NORMAS NACIONAIS EM VIGOR, O ENVIO DAS NOTAS DE  
AVALIAÇÃO DOS RESIDENTES DEVE TER UM INTERVALO MÁXIMO DE 03 MESES.

Nome COMPLETO e Legível do médico residente :	
NÍVEL (marque com "X") :	R1 ( ) R2 ( ) R3 ( ) R4 ( ) R5 ( )
Programa de Residência Médica que o residente está matriculado:	
Nome completo do Estágio :	
<b>Período:</b>	

ÍTEM A SER AVALIADO		NOTA (0-10) OU NÃO SE APLICA
1. Frequência		
2. Pontualidade		
3. Desempenho na condução dos casos, atribuições e atividades práticas		
4. Responsabilidade para com os pacientes e/ou tarefas a seus cuidados		
5. Participação em visitas médicas, reuniões científicas ou equivalentes.		
6. Assistência didática aos internos, residentes ou outros profissionais da equipe de saúde.		
7. Relação médico-paciente		
8. Relação multiprofissional (recepção, assistente social, nutrição, enfermagem, secretárias, etc)		
9. Postura Ética (capacidade de administrar conflitos)		
10. Evolução do conhecimento ao longo do estágio (final – inicial)		
11. Prova / Monografia / Trabalho Científico		
NOTA FINAL (EM ESCALA DE 0 A 10)		

12. Comentários : \* (Utilizar espaço que julgar necessário)

✓ OBS: médias abaixo de 7,0 (sete) = \* reprovação, fundamentar a avaliação e \*propor conduta,  
conforme Regulamento da RM – FMUSP ([www.fm.usp.br/residencia/regularamento](http://www.fm.usp.br/residencia/regularamento)) . Solicitar ciência  
POR ESCRITO do interessado.

Nome, Assinatura e carimbo do  
Assistente Responsável pelo Estágio

Prof.Dr. Milton de Arruda Martins  
Supervisor do Programa de Residência Médica

Assinatura e carimbo do Residente