

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS DE MINAS GERAIS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
PPGCS

NOME DO(A) PÓS GRADUANDO(A)

Estágio Supervisionado em (nome da disciplina), Curso (nome do curso) da
Universidade Estadual de Montes Claros.

Montes Claros, MG

202X

EQUIPE TÉCNICA

Prof. Coordenador Orientador

Nome:

Departamento:

Graduação, ano e instituição:

Mestrado, ano e instituição:

Doutorado, ano e instituição:

Supervisor: Responsável pela disciplina

Nome:

Graduação, ano e instituição:

Mestrado, ano e instituição:

Doutorado, ano e instituição:

Pós-Graduando:

Nome:

Graduação, ano e instituição:

Mestrado, ano e instituição:

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	3
2 OBJETIVOS	5
3 METODOLOGIA	7
4 CRONOGRAMA	9
5 AVALIAÇÃO	11
6 BIBLIOGRAFIA SUGERIDA	13
7 TERMO DE ACEITE DE COORDENAÇÃO	15
8 TERMO DE ACEITE DE SUPERVISÃO	16
9 TERMO DE CIÊNCIA DE ESTÁGIO	17
10 REQUERIMENTO	18

1 INTRODUÇÃO

Descrever uma das finalidades da pós graduação como maneira de formar professor para o ensino superior. Descrever a necessidade da realização do estágio docente como estratégia dessa formação e que o mesmo precisa ser supervisionado por um profissional da mesma área responsável pela disciplina na graduação. O estágio precisa ser coordenado pelo orientador do pós-graduando no PPGCS.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Promover o aperfeiçoamento e aquisição de habilidades e atitudes adequadas à

2.2 Objetivos Específicos

3 METODOLOGIA

As atividades referentes ao estágio ocorrerão no curso de (nome do curso) no (número do período) período, com duração de (número de semanas) semanas, com carga horária total de 60 horas.

A atividade será realizada com a presença do supervisor responsável pela disciplina em todo o tempo. O supervisor deliberará a função do pós-graduando que deverá assumir responsabilidade crescente na condução da turma.

4 CRONOGRAMA

Descrever as atividades com temas e datas previstas (em forma de tabela)

5 AVALIAÇÃO

Durante todo o decorrer do estágio, o pós-graduando será submetido à avaliação formativa acerca do seu desempenho. A avaliação formativa equivale a 100 pontos de conceito, correspondendo à participação, interesse, pontualidade, assiduidade e progresso do pós-graduando durante o estágio. A nota mínima para aprovação equivale a 70 pontos. Ainda para ser aprovado, o pós-graduando precisa ter frequência de 75% ou mais nas atividades propostas. A avaliação final será registrada pelo orientador no webgiz da secretaria geral ao final do estágio, após receber do supervisor.

6 BIBLIOGRAFIA SUGERIDA

7 TERMO DE ACEITE DE COORDENAÇÃO

TERMO DE ACEITE DE COORDENAÇÃO

Eu, Dr(a).(nome do professor(a)) , professor(a) da Universidade Estadual de Montes Claros, aceito coordenar e avaliar (nome do pós-graduando(a)), pós-graduando(a) do curso de doutorado do PPGCS da Universidade Estadual de Montes Claros, que realizará na disciplina (nome da disciplina) do curso (nome do curso), estágio conforme as especificações deste projeto e me responsabilizo pelos registros das atividades, avaliações e diários eletrônicos no Web do professor(a), no prazo estipulado.

Montes Claros, dia e mês de 202x.

Nome e assinatura do(a) coordenador(a)

Nome e assinatura do(a) orientador(a)

Nome e assinatura do Pós-graduando envolvido no Projeto

8 TERMO DE ACEITE DE SUPERVISÃO

TERMO DE ACEITE DE SUPERVISÃO

Eu, (nome do(a) professor(a) da disciplina da graduação) aceito supervisionar o pós-graduando (nome do(a) pós graduando(a)) do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCS) da Universidade Estadual de Montes Claros- MG, no curso (nome do curso) conforme especificações no projeto.

Montes Claros, dia e mês de 202x.

Nome e assinatura do(a) supervisor(a)

Nome e assinatura do(a) orientador(a)

Nome e assinatura do Pós-graduando envolvido no Projeto

9 TERMO DE CIÊNCIA DE ESTÁGIO

TERMO DE CIÊNCIA DE ESTÁGIO

Termo de ciência do(a) coordenador(a) do curso (nome do curso) referente ao estágio supervisionado em docência deste curso para o pós-graduando (nome do pós graduando), conforme especificações no projeto.

Montes Claros, dia e mês de 202x.

Nome e assinatura do(a) coordenador(a) do curso de graduação

Nome e assinatura do(a) orientador(a)

Nome e assinatura do Pós-graduando envolvido no Projeto

10 REQUERIMENTO (incluir formulário padrão da universidade)