1. Docente responsável:
2. Curso: Período: Ano/Semestre: Horário:
3. Disciplina:
4. Número de estudantes por aula:

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Sala de Simulação** |
| **Data****(Dia/mês)** | **Nome do cenário** | **Apollo** | **SimMan** | **PediaSim** | **Consultório** | **Outros** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. Uso de sala para debriefing: ( ) Sim ( ) Não
2. Informações adicionais:

**Estou ciente que o cenário de simulação será realizado conforme roteiro de simulação preenchido por mim e entregue ao LHPSR com prazo mínimo de 01 semana antes da data de realização.**

**Estou ciente que esta solicitação deve ser feita na primeira semana de aula do semestre letivo e que o LHPSR tem 48 horas úteis para o deferimento. Em caso de disciplinas optativas ou extras o prazo é de uma semana antes da primeira aula.**

**Todos os professores deverão ser capacitados no curso de Introdução ao Ensino por Simulação antes de iniciarem suas atividades com o método.**

 Assinatura do Docente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data da solicitação: Data \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

 Assinatura Lab.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Deferido Indeferido

 Gestor do Laboratório LHPSR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciente