UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

Aluno(a):	
Local:	
Internato:	
Mês:	

	MANHÃ			TARDE			NOITE		
DIA	ENTRADA	SAÍDA	ASSINATURA PRECEPTOR	ENTRADA	SAÍDA	ASSINATURA PRECEPTOR	ENTRADA	SAÍDA	ASSINATURA PRECEPTOR

Assinatura e carimbo do(a) regente