Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Coordenação do Curso de Medicina

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

NOME INTERNO_____ **MÊS:** _____ **ANO**|___|___|___|___|

ÁREA: ( )U/E ( )GO ( )PED ( )CIRURGIA ( )CM1 ( )CM2 ( )S. COLETIVA ( )APS ( )ELETIVO-HUSM

DIA	TURNO	HORÁRIO	ASSINATURA PRECEPTOR	DIA	TURNO	HORÁRIO	ASSINATURA PRECEPTOR
	D	Entr :			D	Entr :	
		Saída :				Saída :	
	N	Entr :			N	Entr :	
		Saída :				Saída :	
	D	Entr :			D	Entr :	
		Saída :				Saída :	
	N	Entr :			N	Entr :	
		Saída :				Saída :	
	D	Entr :			D	Entr :	
		Saída :				Saída :	
	N	Entr :			N	Entr :	
		Saída :				Saída :	
	D	Entr :			D	Entr :	
		Saída :				Saída :	
	N	Entr :			N	Entr :	
		Saída :				Saída :	
	D	Entr :			D	Entr :	
		Saída :				Saída :	
	N	Entr :			N	Entr :	
		Saída :				Saída :	
	D	Entr :			D	Entr :	
		Saída :				Saída :	
	N	Entr :			N	Entr :	
		Saída :				Saída :	
	D	Entr :			D	Entr :	
		Saída :				Saída :	
	N	Entr :			N	Entr :	
		Saída :				Saída :	
	D	Entr :			D	Entr :	
		Saída :				Saída :	
	N	Entr :			N	Entr :	
		Saída :				Saída :	
	D	Entr :			D	Entr :	
		Saída :				Saída :	
	N	Entr :			N	Entr :	
		Saída :				Saída :	
	D	Entr :			D	Entr :	
		Saída :				Saída :	
	N	Entr :			N	Entr :	
		Saída :				Saída :	
	D	Entr :			D	Entr :	
		Saída :				Saída :	
	N	Entr :			N	Entr :	
		Saída :				Saída :	
	D	Entr :			D	Entr :	
		Saída :				Saída :	
	N	Entr :			N	Entr :	
		Saída :				Saída :	

Observações Preceptor/Supervisor:

Este instrumento deverá ser entregue ao final de cada mês, via e-mail do internato (internatomedicina@ufsm.br). A não entrega deste instrumento preenchido de forma completa, em tempo hábil, acarretará em reprovação por falta. É de responsabilidade do interno a guarda, manutenção e entrega deste instrumento.