MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

FICHA DE REGISTRO DE FREQUÊNCIA

RESIDENTE:	MÊS:	SIAPE:
CAMPO DE PRÁTICAS: **AMBULATÓRIO DE PEDIATRIA**		PROFISSÃO:
PRECEPTOR(ES):		

DATA[1]	HORÁRIO DE ENTRADA	ASSINATURA DO RESIDENTE	ASSINATURA DO PRECEPTOR	HORÁRIO DE SAÍDA	ASSINATURA DO RESIDENTE	ASSINATURA DO PRECEPTOR	OCORRÊNCIAS[2]

[1]Não incluir finais de semana | [2]Indicar observações nessa coluna (ex.: compensações, atestados, aulas, feriados, ponto facultativo, faltas, etc.)

Data de entrega à coordenação: _____/_____/_____