Ministério da Educação
Universidade Federal do Espírito Santo
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Residência Multiprofissional Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente

FICHA DE REGISTRO DE FREQUÊNCIA

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

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

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

Data de entrega à coordenação: _____/_____/_____