ser educacional	**FICHA DE FREQUÊNCIA INDIVIDUAL DE ATIVIDADE PRÁTICA - MEDICINA**	**Número:** CCG-FOR-19
		Aprovação: Diretoria Acadêmica

REVISÃO:01

Nome do Aluno:		**Matrícula:**	
Disciplina:	MEDICINA DO ADOLESCENTE	**Curso:**	MEDICINA
Período:		**Turma:**	
Preceptor em Serviço:			
Unidade Concedente:	HGA	**Setor:**	

Data	Hora de Entrada	Hora de Saída	Assinatura do (a) Aluno (a)	Assinatura do (a) Preceptor (a)	Assinatura do (a) Supervisor (a)
/	:	:			
/	:	:			
/	:	:			
/	:	:			
/	:	:			
/	:	:			

Assinatura do Preceptor(a)

Assinatura do Supervisor(a)

OBSERVAÇÕES:	
1. Esta avaliação será válida apenas com assinatura e carimbo do (a) preceptor (a), não sendo permitido rasuras ou uso de corretivo.	2. Obrigatória a assinatura ou rubrica do (a) aluno (a) nesta ficha de avaliação.