



FICHA DE FREQUÊNCIA INDIVIDUAL DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO

Número:

GES-FOR-23

Aprovação:

GERÊNCIA DE ESTÁGIO

REVISÃO:00

Nome do Aluno:		Matrícula:			
Disciplina:	ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM CLÍNICA DE URGÊNCIA – 10º Período		Curso:		
Período:	10 Dias úteis		Turma:		
Preceptor em Serviço:					
Unidade Concedente:		Setor:			
Período do Estágio:	/ / A / /				
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.