ser educacional	**FICHA DE FREQUÊNCIA INDIVIDUAL DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO**	**Número:** GES-FOR-23
		Aprovação: GERÊNCIA DE ESTÁGIO

REVISÃO:00

Nome do Aluno:		**Matrícula:**	
Disciplina:	ESTÁGIO SUPERVISIONADO I	**Curso:**	FISIOTERAPIA
Período:		**Turma:**	
Supervisor e ou Coordenador do Curso:	NARA PORTO		
Preceptor em Serviço:			
Unidade Concedente:	CLINICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA / HSCM	**Setor:**	
Período do Estágio:	13 DE FEVEREIRO A 16 DE JUNHO		

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) e ou Coordenador

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.