



## FICHA DE FREQUÊNCIA INDIVIDUAL DE ATIVIDADE PRÁTICA - MEDICINA

Número:

CCG-FOR-19

Aprovação:

Diretoria Acadêmica

REVISÃO:01

Nome do Aluno:		Matrícula:	
Disciplina:	PSIQUIATRIA	Curso:	MEDICINA
Período:		Turma:	
Preceptor em Serviço:			
Unidade Concedente:	CTO (AMB) E HEP ( ENF)	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)\_\_\_\_\_  
Assinatura do Aluno(a)\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Responsável da  
Unidade Concedente**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.