



FICHA DE FREQUÊNCIA INDIVIDUAL DE ATIVIDADE PRÁTICA - MEDICINA

Número:

CCG-FOR-19

Aprovação:

Diretoria Acadêmica

REVISÃO:01

Nome do Aluno:		Matrícula:	
Disciplina:	ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE MENTAL DO CLIENTE E DA FAMÍLIA	Curso:	MEDICINA
Período:	4º	Turma:	
Preceptor em Serviço:			
Unidade Concedente:		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.