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 EM CLÍNICA DE MÉDIA COMPLEXIDADE	**Curso:**	
Período:	47 DIAS	**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)

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.

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.