



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – UFJF/EBSERH
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
FICHA DE FREQUÊNCIA – MÊS: _____ ANO: _____



PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA:

ESTÁGIO/RODÍZIO:

MÉDICO RESIDENTE:

R1() R2() R3() R4()

DIA	MANHÃ		TARDE		NOITE	
	ASSINATURA DO MÉDICO RESIDENTE	ASSINATURA DO PRECEPTOR	ASSINATURA DO MÉDICO RESIDENTE	ASSINATURA DO PRECEPTOR	ASSINATURA DO MÉDICO RESIDENTE	ASSINATURA DO PRECEPTOR
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

DIA	MANHÃ		TARDE		NOITE	
	ASSINATURA DO MÉDICO RESIDENTE	ASSINATURA DO PRECEPTOR	ASSINATURA DO MÉDICO RESIDENTE	ASSINATURA DO PRECEPTOR	ASSINATURA DO MÉDICO RESIDENTE	ASSINATURA DO PRECEPTOR
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

ASSINATURA DO MÉDICO RESIDENTE: _____

SUPERVISOR OU VICE SUPERVISOR DO PRM: _____ CIENTE EM: ____/____/____

DECLARO SER VERDADE AS INFORMAÇÕES DESTE FORMULÁRIO.