



Universidade Federal de São João del-Rei
INSTITUÍDA PELA LEI Nº 10.425 DE 19/04/2002 -D.O.U. DE 22/04/2002
Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade – PRMMFC

CONTROLE DE FREQUÊNCIA - RESIDENTES

NOME RESIDENTE:							
NOME PRECEPTOR (A):							
NOME DA UNIDADE:						MUNICÍPIO:	
HORÁRIO DE TRABALHO:					MÊS:		ANO:
DIAS MÊS	ENTRADA MANHÃ	ALMOÇO		SAÍDA TARDE	EXTRAS		ASSINATURA
		SAÍDA	RETORNO		ENTRADA	SAÍDA	
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							

18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE DO MÊS (Especificar ambulatório e horários de realização)

OBSERVAÇÕES (Incluir data e horários que não esteve em serviço: por conta de cursos, congressos, atividades extras da residência, etc. Ou outras situações.)

Data de entrega do controle na secretaria da residência: ____/____/____

Assinatura Preceptor

Assinatura do Coordenador do PRMMFC