



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI  
CAMPUS DOM BOSCO  
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

**Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade**

**FICHA PARA REGISTRO DE PRESENÇA E AVALIAÇÃO DO MÉDICO-RESIDENTE EM  
AMBULATÓRIOS DE ESPECIALIDADES**

NOME DO(A) MÉDICO(A)-RESIDENTE: \_\_\_\_\_

Nome da preceptoría ou Coordenação de campo de prática: \_\_\_\_\_

Unidade de Campo de Prática: \_\_\_\_\_

Ambulatório de: \_\_\_\_\_

PERÍODO: ...../...../..... à ...../...../.....

Dia	Horário de Entrada	Horário de saída	Assinatura da Preceptoría ou coordenação de campo de prática

\_\_\_\_\_



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI  
CAMPUS DOM BOSCO  
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

**Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade**

AVALIE O DESEMPENHO DO (A) MÉDICO(A)-RESIDENTE, POR MEIO DOS CRITÉRIOS

CRITÉRIOS	CONCEITO
1) Assiduidade	
2) Pontualidade	
3) Trabalho em equipe	
4) Confiança e Desempenho Técnico	
5) Iniciativa e Interesse	
6) Segurança do paciente e biossegurança	
7) Domínio Cognitivo	
8) Habilidades	
9) Atitudes	

S: SATISFATÓRIO; AM: A MELHORAR

São João del-Rei, ..... de ..... de .....

\_\_\_\_\_  
Coordenação de campo de pratica

\_\_\_\_\_  
MÉDICO(A)-RESIDENTE

Data de entrega do controle na Secretaria da COREME: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Coordenação PRM-MFC/UFSJ