



FOLHA DE FREQUÊNCIA

Programa de Residência em Área Profissional da Saúde – Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial

Nome do Residente: _____ Mês: _____ / 20__.

Para registro das 60h semanais: Cenários: HE, FO, PSM, Amb. AG, Amb. CP, O: outro (justificar em observações).

Horas cumpridas T: Teórica. P: Prática. LS: Licença Saúde. LC: Licença capacitação/curso. F: férias.

Dia	Manhã			Tarde			Noite			Total Horas/dia
	Cenário	Horas cumpridas	Rubrica do Preceptor/Tutor/ Docente	Cenário	Horas cumpridas	Rubrica do Preceptor/Tutor/ Docente	Cenário	Horas cumpridas	Rubrica do Preceptor/Tutor/ Docente	
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										

OBSERVAÇÕES:

Assinatura do Residente