UFGD - UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
FCS – FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA
FICHA DE CONTROLE DE FREQUÊNCIA DOS INTERNOS

NOME:		SEMESTRE:
ÁREA DE ESTÁGIO:	MÓDULO :	MÊS/ANO:

SEMANA - _____ DATA DE INÍCIO : ___/____/____ DATA DE TÉRMINO ___/____/____

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO
MANHÃ							
TARDE							
NOITE							

SEMANA - _____ DATA DE INÍCIO : ___/____/____ DATA DE TÉRMINO ___/____/____

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO
MANHÃ							
TARDE							
NOITE							

SEMANA - _____ DATA DE INÍCIO : ___/____/____ DATA DE TÉRMINO ___/____/____

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO
MANHÃ							
TARDE							
NOITE							

SEMANA - _____ DATA DE INÍCIO : ___/____/____ DATA DE TÉRMINO ___/____/____

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO
MANHÃ							
TARDE							
NOITE							

ASSINATURA DO INTERNO :
ASSINATURA COORDENADOR DO ESTÁGIO :
OBSERVAÇÕES: