



**FOLHA INDIVIDUAL DE FREQUÊNCIA – R2**

Residente:

MÊS/ANO:

Setor:

| MATUTINO |              |            | VESPERTINO   |            |                      |
|----------|--------------|------------|--------------|------------|----------------------|
| Dia      | Hora Entrada | Hora Saída | Hora Entrada | Hora Saída | Assinatura preceptor |
| 1.       |              |            |              |            |                      |
| 2.       |              |            |              |            |                      |
| 3.       |              |            |              |            |                      |
| 4.       |              |            |              |            |                      |
| 5.       |              |            |              |            |                      |
| 6.       |              |            |              |            |                      |
| 7.       |              |            |              |            |                      |
| 8.       |              |            |              |            |                      |
| 9.       |              |            |              |            |                      |
| 10.      |              |            |              |            |                      |
| 11.      |              |            |              |            |                      |
| 12.      |              |            |              |            |                      |
| 13.      |              |            |              |            |                      |
| 14.      |              |            |              |            |                      |
| 15.      |              |            |              |            |                      |
| 16.      |              |            |              |            |                      |
| 17.      |              |            |              |            |                      |
| 18.      |              |            |              |            |                      |
| 19.      |              |            |              |            |                      |
| 20.      |              |            |              |            |                      |
| 21.      |              |            |              |            |                      |
| 22.      |              |            |              |            |                      |
| 23.      |              |            |              |            |                      |
| 24.      |              |            |              |            |                      |
| 25.      |              |            |              |            |                      |
| 26.      |              |            |              |            |                      |
| 27.      |              |            |              |            |                      |
| 28.      |              |            |              |            |                      |
| 29.      |              |            |              |            |                      |
| 30.      |              |            |              |            |                      |
| 31.      |              |            |              |            |                      |

Coordenação Premus-APC

Assinatura e carimbo do Preceptor

**Cidade Universitária - Unidade XII. Instituto Integrado de Saúde**

Av. Costa e Silva, s/ nº, Bairro Universitário. CEP: 79000-00, CP: 549. Campo Grande/MS

(67) 3345-7353 [inisa.ufms.br/pagina-inicial/atencao-ao-paciente-critico](http://inisa.ufms.br/pagina-inicial/atencao-ao-paciente-critico) [premusapc.inisa@ufms.br](mailto:premusapc.inisa@ufms.br)