



COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA – COREME

LISTA DE FREQUÊNCIA – 2019

NOME: _____

PROGRAMA: _____ MATRÍCULA: _____ MÊS: _____

ÁREA: _____ R1() R2() R3() R4() R5()

DATA	HORAS DIÁRIAS			PRÁTICA			TEORICA			EVENTOS CONGRESSOS	ASSINATURA DO RESIDENTE	ASSINATURA DO SUPERVISOR
	ENTRADA	SÁIDA	TOTAL	HOSPITAL UPA	UBS	AMBULATÓRIO	AULAS	ANP*	TCC			
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												
TOTAL DE CARGA HORÁRIA PRÁTICA:							TOTAL DE CARGA HORÁRIA TEÓRICA:					

*ANP (Atividade Não Presencial)

Declaro que estou ciente de que as informações apresentadas neste documento correspondem à atuação do residente.

(Carimbo e assinatura do Supervisor do PRM)



COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA – COREME

LISTA DE FREQUÊNCIA – 2019

NOME: _____

ÁREA: _____ R1() R2() R3() R4() R5()

ESTÁGIO ESPECIALIZADO

DATA / LOCAL	ASSINATURA E CARIMBO PRECEPTOR	DATA / LOCAL	ASSINATURA E CARIMBO PRECEPTOR
DATA: ____ / ____ / ____		DATA: ____ / ____ / ____	
DATA: ____ / ____ / ____		DATA: ____ / ____ / ____	
DATA: ____ / ____ / ____		DATA: ____ / ____ / ____	

PLANTÕES

DATA / LOCAL	ASSINATURA E CARIMBO PRECEPTOR	DATA / LOCAL	ASSINATURA E CARIMBO PRECEPTOR
DATA: ____ / ____ / ____		DATA: ____ / ____ / ____	
DATA: ____ / ____ / ____		DATA: ____ / ____ / ____	
DATA: ____ / ____ / ____		DATA: ____ / ____ / ____	

Av. NS 15 ALC NO 14, 109 Norte, Caixa Postal 114 - 77001-090 - Palmas - TO
Tel. 63-3229-4777 | coreme@uft.edu.br

405 Sul, Av. LO-9, HM6, Lote 03 - CEP: 77015-638- Palmas - TO
Tel 3219-5550/5551 | coreme2015@gmail.com