



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO
RESIDÊNCIA MÉDICA EM HEPATOLOGIA
CAMPUS REITOR JOÃO DAVID FERREIRA LIMA - TRINDADE - CEP 88040-900 - FLORIANÓPOLIS / SC

NOME: _____ PERÍODO: _____ / 202__.

REGISTRO DE FREQUÊNCIA DO MÉDICO RESIDENTE

1.		16.	
2.		17.	
3.		18.	
4.		19.	
5.		20.	
6.		21.	
7.		22.	
8.		23.	
9.		24.	
10.		25.	
11.		26.	
12.		27.	
13.		28.	
14.		29.	
15.		30.	
		31.	

Declaro, para os devidos fins, que os registros de frequência acima consignados refletem fielmente minha jornada de atividades, em conformidade com a legislação vigente e as normas do programa de Residência Médica.

MÉDICO RESIDENTE

AVALIAÇÃO MENSAL ESTÁGIO DE HEPATOLOGIA

Assiduidade e pontualidade	Conhecimento técnico	Iniciativa e interesse	Relação Médico-Paciente	Relação com equipe de trabalho	NOTA FINAL

(Nota máxima por item = 2,0)

Supervisor da Residência Médica: _____ FLORIANÓPOLIS, ____ / ____ / 202__.