



Universidade Estadual do Ceará - UECE  
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa - PROPGPq  
Comissão de Residência Multiprofissional - COREMU  
Faculdade de Veterinária - FAVET  
Programa de Residência em Área Profissional da Saúde /  
Medicina Veterinária - PRAPS/MV



FREQUÊNCIA MENSAL

|  |         |       |                         |  |       |                         |
|--|---------|-------|-------------------------|--|-------|-------------------------|
| NOME:  |         |       |                         | N° DE MATRÍCULA:                                       |       |                         |
| ÁREA TEMÁTICA: Atenção Básica/ Saúde da Família e Comunidade/ Saúde Coletiva |         |       |                         | ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Medicina de Animais de Companhia |       |                         |
| SUBÁREA:   |         |       |                         | MÊS/ANO DE REFERÊNCIA:                                 |       |                         |
| ORIENTADOR(A):   |         |       |                         | PRECEPTOR(A):  |       |                         |
|  | MANHÃ   |       |                         | TARDE  |       |                         |
| DIA  | ENTRADA | SAÍDA | ASSINATURA PRECEPTOR(A) | ENTRADA  | SAÍDA | ASSINATURA PRECEPTOR(A) |
| 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   |         |       |                         |  |       |                         |

\*Anexar atestados médicos e outros documentos pertinentes, quando for o caso.

LOCAL E DATA

ASSINATURA/CARIMBO DO(A) RESIDENTE

Ciente:

ASSINATURA/CARIMBO DO(A) PRECEPTOR(A)

ASSINATURA/CARIMBO DO(A) ORIENTADOR(A)