|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**FORMULÁRIO: RELATÓRIO MENSAL DE ANORMALIDADES DE FREQUÊNCIA**

**Programa: PREMULTISF ( ) PRMFC( )**

**Residente:**.......................................................................................................

**Preceptor:** ......................................................................................................

**Mês: .......................... Ano:.......................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Anormalidade identificada** | **Dia/Mês** | **Carga horária (horas/turnos)** | **Observações** |
| Faltas injustificadas\* |  |  |  |
| Atestados\*\* |  |  |  |
| Atrasos / Ausências a repor |  |  |  |
| Férias |  |  |  |
| Eventos externos |  |  |  |
| Estágios (MULTI) |  |  |  |
| Orientação TCR |  |  |  |
| Atividades externas acordadas com preceptoria / tutoria com equivalência de CH |  |  |  |
| Atividades / horas extras autorizadas pelo preceptor |  |  |  |
| Compensação de horas |  |  |  |
| SALDO DE CH DO MÊS (sinalizar se + ou - ): | | | |

\* Faltas injustificadas devem ser imediatamente reportadas à tutoria ou coordenação do Programa, estando sujeitas às penalidades previstas no Regulamento.

\*\* Atestados devem ser enviados digitalizados para o E-mail da ESP em até 24 horas após a data de emissão. O original deve ser anexado a folha ponto.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Assinatura do(a) Residente** | **Assinatura do(a) Preceptor(a)** | **Assinatura do Coordenador(a)** |

**Data:** / /