

CONTROLE DE FREQUÊNCIA DO PRECEPTOR DO ESTÁGIO OBRIGATÓRIO - PRODEPS 2026

(Enviar até no máximo o quinto dia útil do mês seguinte para preceptortoledo@ufpr.br)

Nome do Preceptor: _____

Área do Estágio: _____

Local(is) do estágio: _____

Mês de referência: _____ Horário: _____

DIA	ASSINATURA ALUNO	ASSINATURA ALUNO	ASSINATURA ALUNO	ASSINATURA ALUNO	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					



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
CURSO DE MEDICINA / CAMPUS TOLEDO



28					
29					
30					
31					

Recebido em: ____/____/____

Assinatura da COE ou coordenação