



**REGISTO DE ASSIDUIDADE DO MÊS DE: \_\_\_\_\_ ANO - \_\_\_\_\_**

NOME: \_\_\_\_\_ CURSO \_\_\_\_\_

(completo)

Local de trabalho \_\_\_\_\_

(Indicar a Unidade Funcional)

## ESTÁGIO HOSPITALAR

ESTÁGIO EM: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HOSPITAL \_\_\_\_\_ SERVIÇO \_\_\_\_\_

DIA	SEMANA	H.Entra	assinatura	H Saída	assinatura	H.Entra	assinatura	H Saída	assinatura
	Segunda								
	Terça								
	Quarta								
	Quinta								
	Sexta								
	<b>Sábado</b>								
	<b>Domingo</b>								
	Segunda								
	Terça								
	Quarta								
	Quinta								
	Sexta								
	<b>Sábado</b>								
	<b>Domingo</b>								
	Segunda								
	Terça								
	Quarta								
	Quinta								
	Sexta								
	<b>Sábado</b>								
	<b>Domingo</b>								
	Segunda								
	Terça								
	Quarta								
	Quinta								
	Sexta								
	<b>Sábado</b>								
	<b>Domingo</b>								
	Segunda								
	Terça								
	Quarta								
	Quinta								
	Sexta								
	<b>Sábado</b>								
	<b>Domingo</b>								

### A PREENCHER PELO SERVIÇO HOSPITALAR

Tutor _____ <p style="text-align: center;">Nome clínico</p> Céd profissional da OM nº _____ data ___/___/___ _____ <p style="text-align: center;">Assinatura / carimbo</p>	<p style="text-align: center;">A conferir pelo Director do Serviço Hospitalar</p> DIRECTOR _____ <p style="text-align: center;">Assinatura / Carimbo</p> Data ___/___/___ _____
---	--

### A PREENCHER PELO INTERNO (Férias, Congressos e Atestados)

Observações _____ _____ _____ _____ _____ Interno _____ <p style="text-align: center;">Assinatura</p>
---

### A PREENCHER PELA UNIDADE FUNCIONAL (UF) (Obrigatório)

Orientador UF _____ <p style="text-align: center;">Nome clínico</p> Céd Profissional da OM nº _____ Data ___/___/___ _____ <p style="text-align: center;">Assinatura</p>	<p style="text-align: center;">A conferir pelo Coordenador UF</p> Coordenador _____ <p style="text-align: center;">Assinatura e carimbo</p> Data ___/___/___ _____
---	---

### A PREENCHER PELA DIRECÇÃO DE INTERNATO DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Registo de entrada nº _____ data ___/___/___ secretariado _____ <p style="text-align: center;">Assinatura e carimbo</p> Observações _____ _____ conferido em ___/___/___ O responsável _____ <p style="text-align: center;">Assinatura e carimbo</p>
--

As folhas de assiduidade deverão ser mensalmente enviadas à Coordenação da Unidade Funcional **até ao dia 05 do mês seguinte**, cabendo esta responsabilidade aos internos, quando o Serviço Hospitalar o não assegurar. Estas folhas deverão ter expressas as horas de entrada e de saída. A assiduidade no Hospital deve ser certificada pelo seu Tutor Hospitalar mediante assinatura e carimbo ou do Director do Serviço respectivo, na sua ausência. O interno deve sinalizar claramente os serviços de urgência e anexar ao registo de assiduidade comprovativos dos serviços de urgência efectuados. O Orientador de Formação deverá tomar conhecimento do Registo de Assiduidade Hospitalar. O trabalho semanal no Centro de Saúde deve ser atestado, numa segunda folha de registo de assiduidade (Registo de Assiduidade – Unidade Funcional). Nas situações de doença, os atestados devem ser remetidos, dentro do prazo legal, à Coordenação da Unidade Funcional respectiva.