



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL  
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL  
COORDENAÇÃO DE ESTÁGIO



ESTÁGIO CURRICULAR OBRIGATÓRIO  
FICHA DE FREQUÊNCIA MENSAL DO ESTAGIÁRIO: MÊS/ANO \_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do estagiário:	MATRÍCULA:
Local:	
Dias da semana e horário:	
Semestre/Ano:	
Docente Supervisor:	CREFITO:
Terapeuta Ocupacional Preceptor:	CREFITO:

	Data	Horário de chegada	Horário de saída	Carga horária do dia	Assinatura do TO Preceptor	Assinatura do estagiário	Observações
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							

CARGA HORÁRIA TOTAL NO MÊS: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Supervisor: \_\_\_\_\_