

**INSTITUTO FEDERAL DO NORTE DE MINAS GERAIS – IFNMG /  
ARAÇUAÍ  
CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM**

**CONTROLE DE FREQUÊNCIA DE ESTÁGIO**

**ARAÇUAÍ / MG**

**CHECK-LIST:**1º PERÍODO

	<b>DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS</b>	<b>ENTREGUE?</b>		<b>DEVIDAMENTE ASSINADO?</b>	
1.	FICHA DE MATRÍCULA DE ESTÁGIO;	SIM ( )	NÃO ( )	SIM ( )	NÃO ( )
2.	PLANO DE ESTÁGIO SECRETARIA DE SAÚDE (PSF);	SIM ( )	NÃO ( )	SIM ( )	NÃO ( )
3.	PLANO DE ESTÁGIO AÇÃO SOCIAL;	SIM ( )	NÃO ( )	SIM ( )	NÃO ( )
4.	TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO OBRIGATÓRIO SECRETARIA DE SAÚDE (PSF);	SIM ( )	NÃO ( )	SIM ( )	NÃO ( )
5.	TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO OBRIGATÓRIO AÇÃO SOCIAL;	SIM ( )	NÃO ( )	SIM ( )	NÃO ( )
6.	SEGURO DE ESTÁGIO REGULARIZADO	SIM ( )	NÃO ( )	SIM ( )	NÃO ( )
Responsável pela conferência:					

(Quadro a ser preenchido pelo profissional responsável pelo Núcleo de Estágio)

	<b>DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS</b>	<b>ENTREGUE?</b>	
1.	XEROX DO CARTÃO DE VACINA*;	SIM ( )	NÃO ( )
2.	CRACHÁ;	SIM ( )	NÃO ( )
3.	JALECO;	SIM ( )	NÃO ( )
Responsável pela conferência:			

\* O xerox do cartão de vacina deve ser recolhido e arquivado na pasta do aluno.

(Quadro a ser preenchido pelo professor supervisor de estágio)

2º PERÍODO

	<b>DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS</b>	<b>ENTREGUE?</b>		<b>DEVIDAMENTE ASSINADO?</b>	
1.	FICHA DE MATRÍCULA DE ESTÁGIO;	SIM ( )	NÃO ( )	SIM ( )	NÃO ( )
2.	PLANO DE ESTÁGIO SECRETARIA DE SAÚDE (PSF e POLICLÍNICA);	SIM ( )	NÃO ( )	SIM ( )	NÃO ( )
3.	PLANO DE ESTÁGIO AÇÃO SOCIAL;	SIM ( )	NÃO ( )	SIM ( )	NÃO ( )
4.	PLANO DE ESTÁGIO HOSPITAL;	SIM ( )	NÃO ( )	SIM ( )	NÃO ( )
5.	TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO OBRIGATÓRIO AÇÃO SOCIAL;	SIM ( )	NÃO ( )	SIM ( )	NÃO ( )
6.	TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO OBRIGATÓRIO SECRETARIA DE SAÚDE (PSF e POLICLÍNICA);	SIM ( )	NÃO ( )	SIM ( )	NÃO ( )
7.	TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO OBRIGATÓRIO HOSPITAL;	SIM ( )	NÃO ( )	SIM ( )	NÃO ( )
8.	SEGURO DE ESTÁGIO REGULARIZADO	SIM ( )	NÃO ( )	SIM ( )	NÃO ( )
Responsável pela conferência:					

### 3º PERÍODO

	<b>DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS</b>	<b>ENTREGUE?</b>		<b>DEVIDAMENTE ASSINADO?</b>	
1.	FICHA DE MATRÍCULA DE ESTÁGIO;	SIM ( )	NÃO ( )	SIM ( )	NÃO ( )
2.	PLANO DE ESTÁGIO SECRETARIA DE SAÚDE (PSF e POLICLÍNICA);	SIM ( )	NÃO ( )	SIM ( )	NÃO ( )
3.	PLANO DE ESTÁGIO AÇÃO SOCIAL;	SIM ( )	NÃO ( )	SIM ( )	NÃO ( )
4.	PLANO DE ESTÁGIO HOSPITAL;	SIM ( )	NÃO ( )	SIM ( )	NÃO ( )
5.	TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO OBRIGATÓRIO AÇÃO SOCIAL;	SIM ( )	NÃO ( )	SIM ( )	NÃO ( )
6.	TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO OBRIGATÓRIO SECRETARIA DE SAÚDE (PSF e POLICLÍNICA);	SIM ( )	NÃO ( )	SIM ( )	NÃO ( )
7.	TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO OBRIGATÓRIO HOSPITAL;	SIM ( )	NÃO ( )	SIM ( )	NÃO ( )
8.	SEGURO DE ESTÁGIO REGULARIZADO	SIM ( )	NÃO ( )	SIM ( )	NÃO ( )
Responsável pela conferência:					

(Quadro a ser preenchido pelo profissional responsável pelo Núcleo de Estágio)

### 4º PERÍODO

	<b>DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS</b>	<b>ENTREGUE?</b>		<b>DEVIDAMENTE ASSINADO?</b>	
1.	FICHA DE MATRÍCULA DE ESTÁGIO;	SIM ( )	NÃO ( )	SIM ( )	NÃO ( )
2.	PLANO DE ESTÁGIO SECRETARIA DE SAÚDE (PSF, POLICLÍNICA, CAPS);	SIM ( )	NÃO ( )	SIM ( )	NÃO ( )
3.	PLANO DE ESTÁGIO AÇÃO SOCIAL;	SIM ( )	NÃO ( )	SIM ( )	NÃO ( )
4.	PLANO DE ESTÁGIO HOSPITAL;	SIM ( )	NÃO ( )	SIM ( )	NÃO ( )
5.	TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO OBRIGATÓRIO AÇÃO SOCIAL;	SIM ( )	NÃO ( )	SIM ( )	NÃO ( )
6.	TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO OBRIGATÓRIO SECRETARIA DE SAÚDE (PSF, POLICLÍNICA, CAPS);	SIM ( )	NÃO ( )	SIM ( )	NÃO ( )
7.	TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO OBRIGATÓRIO HOSPITAL;	SIM ( )	NÃO ( )	SIM ( )	NÃO ( )
8.	SEGURO DE ESTÁGIO REGULARIZADO	SIM ( )	NÃO ( )	SIM ( )	NÃO ( )
Responsável pela conferência:					

(Quadro a ser preenchido pelo profissional responsável pelo Núcleo de Estágio)

## CONTROLE DE FREQUÊNCIA

Nome do Estagiário: \_\_\_\_\_

Curso: Técnico em Enfermagem Período: \_\_\_\_\_

Empresa/Instituição: \_\_\_\_\_ Local: **AÇÃO SOCIAL** (100 h.)

Supervisor: \_\_\_\_\_ Mês: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

	Data	Entrada	Saída	Período	Bloco Temático	Assinatura do Estagiário	Visto Professor
1				1º	Cap. Pedagógica		
2				1º	Cap. Pedagógica		
3				1º	Cap. Pedagógica		
4				1º	Cap. Pedagógica		
5				1º	Cap. Pedagógica		
6				2º	Idoso		
7				2º	Idoso		
8				2º	Idoso		
9				2º	Idoso		
10				2º	Idoso		
11				2º	Introdução		
12				2º	Introdução		
13				2º	Introdução		
14				2º	Introdução		
15				2º	Introdução		
16				2º	Introdução		
17				2º	Introdução		
18				2º	Introdução		
19				2º	Introdução		
20				2º	Introdução		
21				3º	Criança / Adolesc.		
22				3º	Criança / Adolesc.*		
23				3º	Creche / APAE		
24				3º	Creche / APAE *		

\* Turno especial de 6h;

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do Supervisor

## CONTROLE DE FREQUÊNCIA

Nome do Estagiário: \_\_\_\_\_

Curso: Técnico em Enfermagem Período: \_\_\_\_\_

Empresa/Instituição: \_\_\_\_\_ Local: **E.S.F.** (140 h.)

Supervisor: \_\_\_\_\_ Mês: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

	Data	Entrada	Saída	Período	Bloco Temático	Assinatura do Estagiário	Visto Professor
1				1º	Int. Saúde Coletiva		
2				1º	Int. Saúde Coletiva		
3				1º	Int. Saúde Coletiva		
4				1º	Int. Saúde Coletiva		
5				1º	Int. Saúde Coletiva		
6				1º	Int. Saúde Coletiva		
7				1º	Int. Saúde Coletiva*		
8				2º	Int. Saúde Coletiva		
9				2º	Int. Saúde Coletiva		
10				2º	Int. Saúde Coletiva		
11				2º	Int. Saúde Coletiva		
12				2º	Int. Saúde Coletiva		
13				2º	Int. Saúde Coletiva		
14				2º	Int. Saúde Coletiva*		
15				2º	Vig. em Saúde		
16				2º	Vig. em Saúde		
17				2º	Vig. em Saúde		
18				2º	Vig. em Saúde		
19				2º	Vig. em Saúde		
20				2º	Vig. em Saúde		
21				2º	Vig. em Saúde*		
22				3º	Criança / Adolesc.		
23				3º	Criança / Adolesc.		
24				3º	Criança / Adolesc.		
25				3º	Criança / Adolesc		
26				3º	Criança / Adolesc		
27				3º	Saúde da Mulher		
28				3º	Saúde da Mulher		
29				3º	Saúde da Mulher		
30				3º	Saúde da Mulher		
31				3º	Saúde da Mulher		
32				4º	Gestão		
33				4º	Gestão*		

\* Turno especial de 6h;

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do Supervisor

## CONTROLE DE FREQUÊNCIA

Nome do Estagiário: \_\_\_\_\_  
Curso: Técnico em Enfermagem Período: \_\_\_\_\_  
Empresa/Instituição: \_\_\_\_\_ Local: **POLICLÍNICA** (100 h.)  
Supervisor: \_\_\_\_\_ Mês: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

	Data	Entrada	Saída	Período	Bloco Temático	Assinatura do Estagiário	Visto Professor
1				2º	Introdução		
2				2º	Introdução		
3				2º	Introdução		
4				2º	Introdução		
5				2º	Introdução		
6				2º	Imunização		
7				2º	Imunização		
8				2º	Imunização		
9				2º	Imunização		
10				2º	Imunização		
11				3º	Introdução II		
12				3º	Introdução II		
13				3º	Introdução II		
14				3º	Introdução II		
15				3º	Introdução II		
16				3º	Imunização II		
17				3º	Imunização II		
18				3º	Imunização II		
19				3º	Imunização II		
20				3º	Imunização II		
21				4º	C.M.E.		
22				4º	C.M.E.		
23				4º	C.M.E.		
24				4º	C.M.E.		
25				4º	C.M.E.		

\* Turno especial de 6h;  
\*\* Turno especial de 5h.

Assinatura e carimbo do Supervisor

## CONTROLE DE FREQUÊNCIA

Nome do Estagiário: \_\_\_\_\_

Curso: Técnico em Enfermagem Período: \_\_\_\_\_

Empresa/Instituição: \_\_\_\_\_ Local: **HOSPITAL** (200 h.)

Supervisor: \_\_\_\_\_ Mês: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

	Data	Entrada	Saída	Período	Bloco Temático	Assinatura do Estagiário	Visto Professor
1				2º	Introdução		
2				2º	Introdução		
3				2º	Introdução		
4				2º	Introdução		
5				2º	Introdução		
6				2º	C.M.E. / Cont. Inf.		
7				2º	C.M.E. / Cont. Inf.		
8				2º	C.M.E. / Cont. Inf.		
9				2º	C.M.E. / Cont. Inf.		
10				2º	C.M.E. / Cont. Inf.		
11				3º	Criança / Adolesc.		
12				3º	Criança / Adolesc.*		
13				3º	Saúde da Mulher		
14				3º	Saúde da Mulher		
15				3º	Saúde da Mulher		
16				3º	Saúde da Mulher		
17				3º	Saúde da Mulher		
18				3º	Saúde da Mulher		
19				3º	Saúde da Mulher *		
20				3º	Clínica Médica		
21				3º	Clínica Médica		
22				3º	Clínica Médica		
23				3º	Clínica Médica		
24				3º	Clínica Médica		
25				3º	Clínica Médica		
26				3º	Clínica Médica *		
27				4º	Urgência / Emerg.		
28				4º	Urgência / Emerg.		
29				4º	Urgência / Emerg.		
30				4º	Urgência / Emerg.		

## CONTROLE DE FREQUÊNCIA

Nome do Estagiário: \_\_\_\_\_

Curso: Técnico em Enfermagem Período: \_\_\_\_\_

Empresa/Instituição: \_\_\_\_\_ Local: **HOSPITAL** (200 h.) = Continuação =

Supervisor: \_\_\_\_\_ Mês: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

	Data	Entrada	Saída	Período	Bloco Temático	Assinatura do Estagiário	Visto Professor
31				4º	Urgência / Emerg.		
32				4º	Urgência / Emerg.**		
33				4º	Cirúrgica		
34				4º	Cirúrgica		
35				4º	Cirúrgica		
36				4º	Cirúrgica		
37				4º	Cirúrgica		
38				4º	Cirúrgica		
39				4º	Cirúrgica *		
40				4º	Gestão		
41				4º	Gestão *		
42				4º	Paciente Crítico		
43				4º	Paciente Crítico		
44				4º	Paciente Crítico		
45				4º	Paciente Crítico		
46				4º	Paciente Crítico		
47				4º	SAMU**		

\* Turno especial de 6h;

\*\* Turno especial de 5h.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do Supervisor



## CONTROLE DE FREQUÊNCIA

Nome do Estagiário: \_\_\_\_\_

Curso: Técnico em Enfermagem Período: \_\_\_\_\_

Empresa/Instituição: \_\_\_\_\_ Estágio: **TÓPICOS**

**ESPECIAIS (30 h.) SAÚDE MENTAL (30 h.)** Local: PSF, Policlínica, Ação Social, CAPS, Hospital...

Supervisor: \_\_\_\_\_ Mês: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

	Data	Entrada	Saída	Período	Bloco Temático	Local	Assinatura do Estagiário	Visto Professor
1				4º	Saúde Mental			
2				4º	Saúde Mental			
3				4º	Saúde Mental			
4				4º	Saúde Mental			
5				4º	Saúde Mental			
6				4º	Saúde Mental			
7				4º	Saúde Mental *			

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do Supervisor

	Data	Entrada	Saída	Período	Bloco Temático	Local	Assinatura do Estagiário	Visto Professor
1					Tópicos Especiais			
2					Tópicos Especiais			
3					Tópicos Especiais			
4					Tópicos Especiais			
5					Tópicos Especiais			
6					Tópicos Especiais			
7					Tópicos Especiais *			
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

\* Turno especial de 6h;

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do Supervisor