

**FORMULÁRIO DE ADESÃO NO PROGRAMA ESPECIAL DE
MONITORIA - COMPLEMENTAÇÃO DE CARGA HORÁRIA
MEDICINA - 2026/2**

DADOS PESSOAIS

Nome _____	RA _____
Semestre _____	Turno _____ E-mail: _____

DADOS DA DISCIPLINA MONITORADA

Disciplina do Programa Regular: _____
Professor(a) Responsável: _____

HORÁRIOS OFICIAIS AUTORIZADOS		
2ª feira	das: _____	às: _____
3ª feira	das: _____	às: _____
4ª feira	das: _____	às: _____
5ª feira	das: _____	às: _____
6ª feira	das: _____	às: _____
Sábado	das: _____	às: _____

_____, _____ de _____ de 2026.

Assinatura do(a) aluno(a)

Assinatura do(a) professor(a)

DIRETORIA DO INSTITUTO	
Parecer da Diretoria do Instituto:	() DEFERIDO () INDEFERIDO
DATA	/ /2026
Total de horas aprovadas para complementação da monitoria:	_____ hs/mês
Assinatura:	