



FORMULÁRIO DE REPOSIÇÃO – INTERNATO MÉDICO

Via do docente/preceptor

| IDENTIFICAÇÃO | |
|--------------------------------------|--|
| Docente/preceptor: | |
| Discente: | |
| Módulo de Internato: | |
| ACORDO DE REPOSIÇÃO | |
| ATIVIDADE NÃO FREQUENTADA | REPOSIÇÃO ACORDADA |
| Data: ____/____/____ | Data: ____/____/____ |
| Setor: _____ | Setor: _____ |
| Carga horária não frequentada: _____ | Carga horária total a ser repostada: _____ |
| Assinatura do Discente: | Assinatura e Carimbo do Responsável: |
| REPOSIÇÃO EFETIVADA | |
| Data: ____/____/____ | Assinatura e Carimbo do Responsável: |
| Setor: _____ | |

Orientações: 1. O discente deverá preencher o acordo junto ao docente/preceptor responsável. 2. Realizar a reposição. 3. Entregar a via do docente e arquivar a sua. Será permitida a reposição apenas das horas em débito e acordadas previamente com os responsáveis. **Maiores informações:** Regimento do Internato Médico da FAMED (art. 21 §3º e art. 39).

FORMULÁRIO DE REPOSIÇÃO – INTERNATO MÉDICO

Via do discente

| IDENTIFICAÇÃO | |
|--------------------------------------|--|
| Docente/preceptor: | |
| Discente: | |
| Módulo de Internato: | |
| ACORDO DE REPOSIÇÃO | |
| ATIVIDADE NÃO FREQUENTADA | REPOSIÇÃO ACORDADA |
| Data: ____/____/____ | Data: ____/____/____ |
| Setor: _____ | Setor: _____ |
| Carga horária não frequentada: _____ | Carga horária total a ser repostada: _____ |
| Assinatura do Discente: | Assinatura e Carimbo do Responsável: |
| REPOSIÇÃO EFETIVADA | |
| Data: ____/____/____ | Assinatura e Carimbo do Responsável: |
| Setor: _____ | |

Orientações: 1. O discente deverá preencher o acordo junto ao docente/preceptor responsável. 2. Realizar a reposição. 3. Entregar a via do docente e arquivar a sua. Será permitida a reposição apenas das horas em débito e acordadas previamente com os responsáveis. **Maiores informações:** Regimento do Internato Médico da FAMED (art. 21 §3º e art. 39).