



## ANEXO II

### REQUERIMENTO PARA AVALIAÇÃO E CONTAGEM DE ATIVIDADES COMPLEMENTARES DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA DO MUCURI

Requerimento nº \_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_  
(uso exclusivo da Comissão de Atividades  
Complementares)

Eu, \_\_\_\_\_,  
discente do curso de Medicina da Faculdade de Medicina do Mucuri, matrícula nº \_\_\_\_\_,  
e-mail \_\_\_\_\_ venho requerer a avaliação  
e contagem das minhas horas de atividades complementares para integralização da carga horária do  
Curso de Medicina, com colação de grau prevista para o ( ) primeiro/( ) segundo semestre de  
20\_\_\_\_.

A documentação entregue está em conformidade com a Resolução \_\_\_\_ do Colegiado do Curso de  
Medicina. Estou ciente que o descumprimento das Instruções para Elaboração do Relatório de  
Atividades Complementares poderá acarretar a invalidação do documento.

Teófilo Otoni – MG, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

\_\_\_\_\_  
Discente

Recebido em:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_