

Cód. do Curso	Matrícula
FS01	



AMAZONAS

PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO - PROEG DEPARTAMENTO
DE PROGRAMAS ACADÊMICOS - DPA
PROGRAMA DE MONITORIA

CADASTRO INDIVIDUAL DE MONITOR -

04

☐	BOLSISTA
--------------------------	----------

☐	NÃO BOLSISTA
--------------------------	--------------

UNIDADE	Faculdade de Ciências Farmacêuticas - FCF
SETOR RESPONSÁVEL	Coordenação Acadêmica - FCF
PERÍODO LETIVO	2025/1
CÓDIGO DA DISCIPLINA CONFORME O HISTÓRICO DO ALUNO	
DISCIPLINA	

PROFESSOR ORIENTADOR

NOME COMPLETO (sem abreviações)	
FONES DE CONTATO	
E - MAIL :	

MONITOR			
NOME COMPLETO (sem abreviações)		Nº DE MATRÍCULA	
CURSO			
ENDEREÇO COMPLETO			
E-MAIL			
FONES DE CONTATO			
IDENTIDADE		CPF	
DADOS BANCÁRIOS (somente p/bolsista)	Banco:	Agência:	Conta corrente:

Declaro, para os devidos fins, que:

a) sou o(a) TITULAR da CONTA CORRENTE acima descrita;

b) a conclusão de meu curso de graduação está prevista para o _____
semestre do ano de _____; c) NÃO exerço outra atividade

REMUNERADA através de bolsa nesta universidade;

d) obtive aprovação na disciplina objeto da MONITORIA, com média final (); e)
disponho de 12 horas semanais para exercer a monitoria;

f) tenho conhecimento das normas do Programa de Monitoria;

g) responsabilizo-me pelas informações acima.

Em, / /2025. Assinatura do monitor: _____

Visto e carimbo/SIAPE do Professor(a)
Orientador(a)

Visto e carimbo da Chefia de Departamento /
Coordenação Acadêmica