



**FREQUÊNCIA MENSAL – PARA OS ALUNOS PSEI/VESTIBULAR REGULAR/MEDICINA–
EXETO CURSO DE LICENCIATURA INTERCULTURAL, LUDUCAR, GESTÃO TERRITORIAL INDÍGENA E GESTÃO SAÚDE COLETIVA INDÍGENA**

MÊS DE REFERÊNCIA: _____ / _____ / _____ **SEMESTRE LETIVO:** _____

1. IDENTIFICAÇÃO

Bolsista: _____ **E-mail:** _____

Matricula: _____ **Curso:** _____

CPF: _____ **Telefones:** _____

Data de Ingresso: ____ / ____ / ____ **Prazo de conclusão do curso:** _____ anos.

2. DADOS SOBRE AS DISCIPLINAS

1. DISCIPLINA/TEMA CONTEXTUAL:	
Nome do (a) Professor (a):	SIAPE: _____ _____ Assinatura do (a) Professor (a)
Desempenho Acadêmico : () Excelente () Bom () Regular () Insuficiente	Compareceu as aulas com pelo menos 75% de frequência () Sim () Não N° de faltas: _____

Observação _____

2. DISCIPLINA/TEMA CONTEXTUAL:	
Nome do (a) Professor (a):	SIAPE: _____ _____ Assinatura do (a) Professor (a)
Desempenho Acadêmico : () Excelente () Bom () Regular () Insuficiente	Compareceu as aulas com pelo menos 75% de frequência () Sim () Não N° de faltas: _____

Observação _____

3. DISCIPLINA/TEMA CONTEXTUAL:	
Nome do (a) Professor (a):	SIAPE: _____ _____ Assinatura do (a) Professor (a)
Desempenho Acadêmico : () Excelente () Bom () Regular () Insuficiente	Compareceu as aulas com pelo menos 75% de frequência () Sim () Não N° de faltas: _____

Observação _____

4. DISCIPLINA/TEMA CONTEXTUAL:	
Nome do (a) Professor (a):	SIAPE: _____ _____ Assinatura do (a) Professor (a)
Desempenho Acadêmico : () Excelente () Bom () Regular () Insuficiente	Compareceu as aulas com pelo menos 75% de frequência () Sim () Não N° de faltas: _____

Assinatura do (a) Bolsista: _____

Assinatura com carimbo do (a) Coordenador (a) do Curso: _____

SIAPE: _____

CARIMBO

Recebido por: _____ **Data:** ____ / ____ / ____

COMPROVANTE DE RECEBIMENTO DA FREQUÊNCIA MENSAL

MÊS DE REFERÊNCIA: ____ / ____ / ____

SEMESTRE LETIVO: _____

BOLSISTA: _____

CURSO: _____

Recebido por: _____ **Data:** ____ / ____ / ____