

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI**

**PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO - PROEN**

**COORDENADORIA DO CURSO DE MEDICINA**

**PLANO DE ESTUDOS**

**Prorrogação de Prazo Máximo de Integralização**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Discente:** | | **Matrícula:** |
| **Curso: Medicina** | **Currículo:** | **Turno/Grau:** |

**Unidades Curriculares a serem cursadas**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome** | **Carga horária (ha)** | **Semestre/Ano** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Carga horária total a ser cursada:** |

|  |
| --- |
| **Justificativa para a solicitação de prorrogação e informações sobre o Plano de Estudos proposto** |

Divinópolis, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de XXXX

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Discente