

Tipo de Documento	FORMULÁRIO	FOR.GEP.002	Versão: 01
Título do Documento	FORMULÁRIO DE REGISTRO DE ATIVIDADES DE MONITORIA ACADÊMICA	Emissão: 07/10/2026	Próxima Revisão: 07/10/2028

1 IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE

- a) Data: ____ / ____ / ____;
- b) Turno: () Matutino () Vespertino () Noturno;
- c) Horário: ____ às ____;
- d) Setor/Unidade: _____;
- e) Corredor/Leito (se aplicável): _____.

2 IDENTIFICAÇÃO DO MONITOR

- a) Nome completo: _____;
- b) Curso: _____;
- c) Período/Ano: _____;
- d) Tipo: () Monitor () Interno () Residente.

3 SUPERVISÃO

- a) Docente responsável: _____;
- b) Profissional do setor (preceptor/residente): _____;
- c) Tipo de supervisão: () Direta () Indireta.

4 IDENTIFICAÇÃO DOS MONITORADOS

Nome do(a) aluno(a)	Assinatura
1.	

Tipo de Documento	FORMULÁRIO	FOR.GEP.002	Versão: 01
Título do Documento	FORMULÁRIO DE REGISTRO DE ATIVIDADES DE MONITORIA ACADÊMICA	Emissão: 07/10/2026	Próxima Revisão: 07/10/2028

2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

5 DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE REALIZADA (Descrever de forma objetiva a atividade desenvolvida)

Tipo de atividade:

- a) ☐ Discussão de caso;
- b) ☐ Anamnese;
- c) ☐ Exame físico;
- d) ☐ Observação clínica;

			
Tipo de Documento	FORMULÁRIO	FOR.GEP.002	Versão: 01
Título do Documento	FORMULÁRIO DE REGISTRO DE ATIVIDADES DE MONITORIA ACADÊMICA	Emissão: 07/10/2026	Próxima Revisão: 07/10/2028

e) () Outro: _____.

6 USO DE PRONTUÁRIO

- a) Houve acesso a prontuário? () Sim () Não;
- b) Se sim, qual: _____;
- c) Formulário institucional preenchido: () Sim () Não;
- d) Garantia de sigilo e confidencialidade: () Sim () Não.

7 CONDUTAS E CONFORMIDADE

Durante a atividade:

- a) Houve apresentação ao paciente: () Sim () Não;
- b) Houve consentimento do paciente: () Sim () Não;
- c) Foram respeitadas as normas de biossegurança: () Sim () Não.

8 INTERCORRÊNCIAS (Descrever qualquer ocorrência relevante)

			
Tipo de Documento	FORMULÁRIO	FOR.GEP.002	Versão: 01
Título do Documento	FORMULÁRIO DE REGISTRO DE ATIVIDADES DE MONITORIA ACADÊMICA	Emissão: 07/10/2026	Próxima Revisão: 07/10/2028

9 AVALIAÇÃO DO MONITOR

- a) (☐) Atividade ocorreu conforme planejado;
- b) (☐) Necessita ajustes;
- c) (☐) Sugestões/melhorias:

10 DECLARAÇÃO

Declaro que a atividade foi realizada conforme as normas institucionais, respeitando os limites éticos, legais e assistenciais estabelecidos pelo HU-UFRR.

Assinatura do Monitor: _____

Data: ____/____/____

*Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. ©2026, HU Brasil.
Todos os direitos reservados www.gov.br/hubrasil*