



DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO
REQUERIMENTO PARA
TRANCAMENTO PARCIAL DE MATRÍCULA

ANO _____
SEMESTRE
() 1º () 2º

COM JUSTIFICATIVA (*) **SEM JUSTIFICATIVA**

(*) Descrever o motivo alegado no verso e anexar comprovação, quando necessário

ALUNO

Nome _____

Curso () Medicina () Fonoaudiologia () Radiologia N° matrícula: _____ Período: _____

Endereço (Rua/Avenida) _____ N° _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ E-mail: _____ Telefones: _____

DISCIPLINAS A TRANCAR

CÓDIGO DISCIPLINA	NOME	TURMA	DATA: ____/____/____ ASSINATURA DO REQUERENTE _____

Caso a justificativa apresentada não seja aceita pelo Colegiado de Curso, autorizo a transformação do requerimento para TRANCAMENTO PARCIAL SEM JUSTIFICATIVA.:

ASSINATURA DO REQUERENTE _____

SEÇÃO DE ENSINO

SITUAÇÃO DO ALUNO NO CADASTRO ACADÊMICO:

MATRICULADO NÃO MATRICULADO EXCLUÍDO

DISCIPLINAS MATRICULADAS	CÓDIGO	CRÉDITOS	TURMA	TRANCAMENTO ANTEIROS

DATA: ____/____/____ ASSESSORIA DE ESCUTA ACADÊMICA DO CEGRAD

COLEGIADO DO CURSO

DECISÃO DO COLEGIADO: DEFERIDO INDEFERIDO

TRANCAMENTO PARCIAL _____ JUSTIFICATIVA DAS DISCIPLINAS: _____

FICA MATRICULADO EM _____ CRÉDITOS _____ ANO: _____ SEMESTRE: _____

DATA: ____/____/____ _____
COORDENADOR DO COLEGIADO

COMUNICADO AO ALUNO:
() PELO OFÍCIO N° _____
() VERBALMENTE DATA ____/____/____ ASSESSORIA DE ESCUTA ACADÊMICA

RESERVADO À SEÇÃO DE ENSINO **RESERVADO AO DRCA**

REGISTRADO NO SISTEMA: ____/____/____ ARQUIVADO NA PASTA DO ALUNO: ____/____/____

ASSSESSORIA DE ESCUTA ACADÊMICA DO CEGRAD

RECIBO

Recebi do(a) aluno(a) _____
n° de matrícula: _____, requerimento para **TRANCAMENTO PARCIAL DE MATRÍCULA**
DATA ____/____/____
ASSSESSORIA DE ESCUTA ACADÊMICA DO CEGRAD