



DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO
REQUERIMENTO PARA
TRANCAMENTO TOTAL 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				Nº matrícula:		Período:		
Endereço (Rua/Avenida)					Nº	Complemento:		
Bairro:		Cidade:		UF:	CEP	E-mail:	Telefone:	
DURAÇÃO EM SEMESTRES:			DATA: ____/____/____					ASSINATURA DO REQUERENTE
Caso a justificativa apresentada não seja aceita pelo Colegiado de Curso, autorizo a transformação do requerimento para TRANCAMENTO TOTAL SEM JUSTIFICATIVA.:								
ASSINATURA DO REQUERENTE								

SEÇÃO DE ENSINO

SITUAÇÃO DO ALUNO NO CADASTRO ACADÊMICO:	TRANCAMENTOS EFETUADOS: (com ou sem justificativa)
<input type="checkbox"/> MATRICULADO	
<input type="checkbox"/> NÃO MATRICULADO	
<input type="checkbox"/> EXCLUÍDO	

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

COLEGIADO DO CURSO

DEFERIDO INDEFERIDO

TRANCAMENTO TOTAL ____ JUSTIFICATIVA, POR ____ SEMETRE(s) ____ ANOS(s) _____, SEMESTRE(s) _____

DATA: ____ / ____ / ____

ASSINATURA DO COORDENADOR DO COLEGIADO

COMUNICADO AO ALUNO:
() PELO OFÍCIO Nº _____ DATA ____ / ____ / ____
() VERBALMENTE ASSESSORIA DE ESCUTA ACADÊMICA

RESERVADO À SEÇÃO DE ENSINO	RESERVADO AO DRCA
<input type="checkbox"/> ENCAMINHADO AO DRCA: ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> REGISTRADO NO SISTEMA ACADÊMICO: ____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> ARQUIVADO NA PASTA DO ALUNO: ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> DEVOLVIDO À SEÇÃO DE ENSINO ____ / ____ / ____
ASSESSORIA DE ESCUTA ACADÊMICA DO CEGRAD	RESPONSÁVEL PELO COMANDO

RECIBO

Recebi do(a) aluno(a) _____

nº de matrícula: _____, requerimento para **TRANCAMENTO TOTAL DE MATRÍCULA**

DATA ____ / ____ / ____

ASSESSORIA DE ESCUTA ACADÊMICA DO CEGRAD