



UFC
PR/GR

**SOLICITAÇÃO DE TRANCAMENTO
TOTAL DE MATRÍCULA OU DE REGIME
ESPECIAL**

CÓDIGO FOLHA

Sr. Coordenador

IDENTIFICAÇÃO

Nº DE MATRÍCULA	PERÍODO	CURSO	CÓDIGO
NOME			
ENDEREÇO			TELEFONE ()-

REQUERIMENTO

Vem, mui respeitosamente, requerer

A TRANCAMENTO TOTAL DE MATRÍCULA POR MOTIVO DE:

- 1- Doença
 - 2- Mudança de domicílio
 - 3- Exercício de emprego
 - 4- Obrigação de ordem
- Anexar comprovantes para 2, 3 e 4

B REGIME ESPECIAL POR:

- 1- Doença
- 2- Gestação

1 AUTENTICAÇÃO

Data ____/____/____	Assinatura do interessado _____
---------------------	---------------------------------

No caso de trancamento total de matrícula por doença ou solicitação do regime especial, o aluno deverá primeiramente, encaminhar - se à Divisão Médica e Odontológica.

DIVISÃO MÉDICA E ODONTOLÓGICA

A PARA TRANCAMENTO TOTAL DE MATRÍCULA

Atesto que o (a) aluno (a) está impedido de acompanhar as atividades letivas, no atual período, por motivo de doença.

B PARA REGIME ESPECIAL

Atesto que o (a) aluno (a) está impedido de acompanhar as atividades letivas, no período de ____/____/____ a ____/____/____, conservadas as condições de aprendizagem, pelo motivo abaixo indicado:

- 1- Doença
- 2- Gestação

2 AUTENTICAÇÃO

Data ____/____/____	Diretor/ DMO _____
---------------------	--------------------



COORDENADOR DO CURSO

1- Defiro

2- Indefiro

Encaminhar - se à CEG

3 AUTENTICAÇÃO

Data ___/___/___

Assinatura do Coordenador _____



COORDENADORIA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO

4 AUTENTICAÇÃO

Data ___/___/___

Assinatura do Coordenador _____



INFORMAÇÕES