



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**

Empty box for providing information.