	UFC PR/GR	SOLICITAÇÃO DE TRANCAMENTO TOTAL DE MATRÍCULA OU DE REGIME ESPECIAL	CÓDIGO	FOLHA

Sr. Coordenador(a)

1 IDENTIFICAÇÃO

Nº DE MATRÍCULA	PERÍODO	CURSO	CÓDIGO
NOME			
ENDEREÇO			TELEFONE

2 REQUERIMENTO

Vem, mui respeitosamente, requerer

A ☐ TRANCAMENTO TOTAL POR MOTIVO DE:

1. ☐ Doença
2. ☐ Mudança de Domicílio
3. ☐ Exercício de emprego
4. ☐ Obrigação de Ordem

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.

3 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

CMA/PR/GR-026

4 COORDENAÇÃO DO CURSO

1. ☐ Defiro

1. ☐ Indefiro

Encaminhar-se à CEG

3 AUTENTICAÇÃO

Data _____/____/_____

_____
Coordenador(a) do Curso

5 COORDENADORIA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO

4 AUTENTICAÇÃO

Data _____/____/_____

_____
Coordenador(a)

6 INFORMAÇÕES