



**REQUERIMENTO DE TRANCAMENTO DE MATRÍCULA
POR MOTIVO DE SAÚDE**

Eu, _____, matrícula n° _____, CPF _____, Curso _____, residente à _____, n° _____, Bairro _____, Cidade/Estado _____, CEP _____, Telefone fixo (____) _____, Celular (____) _____, E-mail _____, venho requerer:

Trancamento de matrícula por motivo de saúde (anexar atestado médico)

_____ / ____ / ____
(local) (data)

Assinatura do requerente (conforme documento de identificação)

.....PARA USO EXCLUSIVO DA DASA/PROACE.....

O Requerimento foi:

DEFERIDO INDEFERIDO

Observações: _____

_____ / ____ / ____
(local) (data)

Assinatura do servidor responsável pela perícia médica - Siape

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO

Nome do Discente: _____ Curso: _____

Assunto: TRANCAMENTO DE MATRÍCULA POR MOTIVO DE SAÚDE

Data do Protocolo: _____ / _____ / _____

Assinatura do responsável pelo protocolo: _____

Preenchimento exclusivo da Prograd