|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Resultado de imagem para logotipo unir | | | | **DEPARTAMENTO ACADÊMICO DE MEDICINA** | | | | | | |
| **REQUERIMENTO AO DEPARTAMENTO DE MEDICINA**  **IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE** | | | | | | | | | | |
| **NOME:** | | | | | | | | | | |
| **MATRÍCULA** (se possuir na UNIR): | | | | | | | | | **TELEFONE:** | |
| **E-MAIL:** | | | | | | | | | | |
| **ASSINALE O CAMPO DA SUA SOLICITAÇÃO** | | | | | | | | | | |
|  | **Reintegração de matrícula**  *(anexar justificativa)* | | | |  | | **Inclusão de disciplinas**  *(preencher quadro A)* | | | |
|  | **Dispensa de disciplina**  Aproveitamento/Equivalência de estudos *(quadro B)* | | | |  | | **Revisão de prova**  *(relacionar disciplinas e data da prova)* | | | |
|  | **Matrícula Especial** *(preencher quadro A)*  *(anexar cópias do RG, CPF, Tit. Eleitor, comprovante de quitação com a justiça eleitoral, comprovante de quitação com o serviço militar (sexo masculino), certidão de nascimento ou casamento, histórico e diploma do ensino médio, histórico e ementas das disciplinas da faculdade de origem (se necessário pré-requisito).* | | | |  | | **2ª Chamada de Prova / Justificativa faltas**  *(anexar atestado médico com menos de 72 horas)*  *(indicar disciplina e data da prova perdida)* | | | |
| **Outros:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| **QUADRO "A"** | | | | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | | **PERÍODO** | **NOME DA DISCIPLINA** | | | | | | | |
|  | |  |  | | | | | | | |
|  | |  |  | | | | | | | |
|  | |  |  | | | | | | | |
| **QUADRO "B"** | | | | | | | | | | |
| **NOME DA DISCIPLINA**  *(Conforme Instituição de Origem)* | | | | | | **C/H** | | **NOME DA DISCIPLINA**  *(Conforme Matriz do curso de Medicina)* | | **CH** |
|  | | | | | |  | |  | |  |
|  | | | | | |  | |  | |  |
|  | | | | | |  | |  | |  |
|  | | | | | |  | |  | |  |
|  | | | | | |  | |  | |  |
|  | | | | | |  | |  | |  |
|  | | | | | |  | |  | |  |
| **PORTO VELHO, \_\_/\_\_\_/ \_\_\_                                         \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Assinatura do Requerente | | | | | | | | | | |