

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 <i>(anexar justificativa)</i>		Inclusão de disciplinas <i>(preencher quadro A)</i>
	Dispensa de disciplina Aproveitamento/Equivalência de estudos <i>(quadro B)</i>		Revisão de prova <i>(relacionar disciplinas e data da prova)</i>
	Matrícula Especial <i>(preencher quadro A)</i> <i>(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).</i>		2ª Chamada de Prova / Justificativa faltas <i>(anexar atestado médico com menos de 72 horas)</i> <i>(indicar disciplina e data da prova perdida)</i>

Outros:

QUADRO "A"

CÓDIGO	PERÍODO	NOME DA DISCIPLINA

QUADRO "B"

NOME DA DISCIPLINA <i>(Conforme Instituição de Origem)</i>	C/H	NOME DA DISCIPLINA <i>(Conforme Matriz do curso de Medicina)</i>	CH

PORTO VELHO, ___/___/___

 Assinatura do Requerente